

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Návrh terapeutických materiálů pro klienty s diagnózou afázie

Proposal of therapeutic materials for clients diagnosed with aphasia

Kateřina Maňáková

Vedoucí práce: PhDr. Lucie Durdilová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Návrh terapeutických materiálů pro klienty s diagnózou afázie vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 8. 4. 2015

.....

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na těchto řádcích bych ráda poděkovala PhDr. Lucii Durdilové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné rady, připomínky, vždy milé a vlídné jednání. Dále bych chtěla poděkovat Občanskému sdružení ZÁŘE za možnost působit na rekondičním pobytu a následné možnosti účastnit se sezení v klubu Občanského sdružení ZÁŘE, klientům tohoto sdružení, klinické logopedce sdružení a v neposlední řadě svým rodinným příslušníkům za trpělivost a pomoc při tvoření terapeutického materiálu.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce na téma návrh terapeutických materiálů pro klienty s diagnózou afázie přináší podrobnější seznámení se samostatně vyčleněným odvětvím logopedie, které představuje afaziologie. První část práce čtenáře seznamuje s teoretickými podklady k problematice afázie, zabývá se základním vymezením afázie, etiologií, symptomatologií. Přibližuje také možnosti diagnostiky a terapie afázie, v neposlední řadě se věnuje diferenciální diagnostice.

Druhá část práce blíže pojednává o Bostonské klasifikaci afázie, seznamuje čtenáře s východisky, o která se opíraly samotné návrhy a tvorba terapeutických materiálů. Podrobně popisuje samotný proces navrhování terapeutických materiálů a poté uvádí konkrétní navržené materiály s možným postupem práce. Přílohy diplomové práce obsahují ukázky námi navržených a vytvořených terapeutických materiálů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Afázie, diagnostika, diferenciální diagnostika, terapie, terapeutický materiál.

## **ABSTRACT**

The thesis with the topic of proposing new therapeutic materials for clients diagnosed with aphasia brings more profound understanding of separate field of speech therapy, which is aphasiology. The first part of the thesis introduces the theoretical basis to the issues of aphasia, concentrates on fundamental definition of aphasia, etiology and symptomatology. Moreover, the thesis describes the possibilities of aphasia therapy and lastly, it covers the differential diagnostics of aphasia.

The second part of the thesis covers in detail the Boston Classification System of Aphasia, introduces to the reader the foundations that were the basis for the propositions of the therapeutic materials. The second part describes in detail the very process of designing therapeutic materials in general and it also provides concrete propositions of such materials with possible applications. The appendix includes examples of proposed materials, both theoretically explained and physically created for the reader to examine.

## **KEYWORDS**

Aphasia, diagnostics, differential diagnostics, therapy, therapeutic material.

## Obsah

1	Úvod .....	7
2	Teoretická východiska .....	8
2.1	Komunikace, jazyk, řeč .....	8
3	Afázie – základní vymezení .....	11
3.1	Etiologie.....	13
3.1.1	Cévní mozkové příhody (CMP).....	14
3.1.2	Traumatické úrazy mozku, mozkové nádory a infekce, degenerativní onemocnění CNS .....	15
3.2	Symptomatologie .....	16
4	Diagnostika afázie .....	18
4.1	Možná diagnostická vyšetření .....	19
4.2	Klasifikace afázie .....	24
5	Diferenciální diagnostika .....	27
5.1	Diagnosticky diferencovatelné typy získané neurogení poruchy řečové komunikace .....	28
5.2	Přidružené poruchy k diagnóze afázie.....	30
6	Terapie afázie .....	33
6.1	Efektivita terapie .....	39
6.2	Terapeutické strategie.....	40
6.2.1	Kognitivně-neuropsychologický přístup .....	40
6.2.2	Pragmaticky – funkcionálně orientovaný přístup .....	44
6.3	Osobnost terapeuta .....	48
6.4	Terapeutické materiály, pomůcky .....	49
6.5	Organizace podporující osoby s afázií .....	50
7	Podrobnější seznámení s Bostonskou klasifikací .....	52
8	Východiska při navrhování terapeutického materiálu .....	59

9	Návrh terapeutického materiálu pro klienty s diagnózou afázie .....	66
9.1	Cíl, plán, harmonogram práce, účastníci terapeutických sezení.....	66
9.2	Návrh terapeutického materiálu .....	68
9.2.1	Obrázkové karty, dějové karty, dřevěné písmenkové kostky .....	69
9.2.2	Pracovní listy .....	72
9.3	Shrnutí využitelnosti navrženého terapeutického materiálu a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi .....	77
10	Závěr .....	81
11	Seznam použitých informačních zdrojů .....	83
12	Seznam obrázků a tabulek.....	89
13	Seznam použitých zkratk .....	89
14	Seznam příloh.....	90

# 1 Úvod

Problematika afázie je nesmírně široká oblast, a proto se také vybudovalo v rámci podoboru speciální pedagogiky, logopedie, samostatné odvětví – afaziologie. Motivací pro napsání diplomové práce s názvem „Návrh terapeutických materiálů pro klienty s diagnózou afázie“ mi byla přímá práce s klienty – afatiky. Loňského léta jsem se zúčastnila rekondičního pobytu pro osoby postihnuté cévní mozkovou příhodou (CMP), kdy následkem CMP se u těchto lidí diagnostikovala afázie. Práce s klienty mě oslovila a velmi obohatila, jak po stránce teoretické, tak především lidské. Rozhodla jsem se diplomovou práci zacílit na navržení terapeutického materiálu pro afatiky, aby na letošním rekondičním pobytu mohla být terapeutická práce realizovaná obměněnými postupy, cvičeními.

Diplomová práce pojednává o problematice získané narušené komunikační schopnosti. Konkrétně se zaměřuje na podrobnější seznámení s afázií, také nás seznamuje se základní terminologií v rámci oboru logopedie, afaziologie. V teoretické části práce máme za snahu čtenáře seznámit s termíny jazyk, řeč apod. Kapitoly následující se již zabývají samotnou problematikou afázie. Práce nám postupně přibližuje informace ohledně základního vymezení afázie, diagnostiky, diferenciální diagnostiky, terapie.

Za neméně důležitou část práce považujeme podrobnější seznámení se s Bostonskou klasifikací. V pozdějších kapitolách se věnujeme východiskům, ze kterých jsme čerpali při zpracování terapeutického materiálu pro klienty s afázií. V neposlední řadě čtenáře seznamujeme s cílem praktické části práce, jejím plánem práce a se samotným zpracováním terapeutického materiálu pro klienty s diagnózou afázie. Celou diplomovou práci pak doplňují přílohy, které obsahují konkrétní terapeutické materiály spolu s manuály se správným řešením cvičení.

Na konci práce, v závěru, se snažíme sumarizovat celou diplomovou práci. V kapitole „Shrnutí využitelnosti navrženého terapeutického materiálu a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi“ vyhodnocujeme ze získané zpětné vazby klientů a klinického logopeda, zda námi navržený, a poté vytvořený terapeutický materiál, je v praxi použitelný. Zda klienty oslovil, rozvíjel a stimuloval k další společné práci. Doufáme, že tato práce osloví čtenáře, namotivuje je a poskytne jim určitý návod k možnosti vést terapeutické činnosti s klienty s afázií.



## 2 Teoretická východiska

### 2.1 Komunikace, jazyk, řeč

Komunikace je velmi důležitá pro rozvoj osobnosti, je také nezastupitelným článkem ve vytváření, navazování a posilování mezilidských vztahů. Dá se říci, že je to symbolický výraz oboustranného a vzájemného ovlivňování mezi alespoň dvěma systémy. Komunikací můžeme také rozumět složitý proces výměny informací. Samotný význam komunikace je pro nás neocenitelný. Bez ní by žádná společnost nemohla vzniknout, fungovat a nijak se dále vyvíjet, neboť pro společnost je komunikace základním procesem. Samotnou komunikační schopnost řadíme mezi vůbec nejdůležitější lidské schopnosti. (Klenková, 2006)

**Komunikace** = v literatuře nedohledáme přesnou, jednotnou definici pojmu komunikace. Je to velmi obtížně definovatelný výraz. Pojem komunikace je používán v mnohých disciplínách, můžeme na něj narazit v psychologii, pedagogice, sociologii, lingvistice a dalších. Samotný výraz komunikace vychází z latinského slova *communicatio*, což v překladu znamená sdělování nebo také přenos, participace. (Klenková, 2006)

Dvořák (2001, s. 100) komunikaci definuje jako „*Přenos různých informačních obsahů, pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka...*“

Sovák (2000, s. 160) pojem komunikace chápe jako: „*Obecně lidskou schopnost užívat výrazových prostředků k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů...*“.

Pojmy řeč a jazyk jsou v české odborné terminologii nedostatečně rozlišeny. Je ovšem nutné, pro správnou diagnostiku a následnou terapii, akceptovat rozdělení poruch na bázi postižení motorických řečových modalit, kognitivně-komunikačních funkcí a jazykového systému. Mezilidskou komunikaci a její proces musíme chápat v kontextu víceúrovňového jevu. Velmi důležité pro pochopení tohoto procesu je také porozumět obsahu pojmů jazyk a řeč. (Neubauer a kol., 2007)

**Jazyk** = „*Je to komunikační kód, který se skládá z jasně odlišených a selektovaných signálů, znaků a symbolů reprezentujících každý aspekt tohoto kódu.*“ (Neubauer a kol., 2007, s. 14)

Crystal (In Dvořák, 2001, s. 95) termín jazyk z pohledu lingvistického charakterizuje jako: „*Systematické, konvenční použití zvukových, znakových nebo psaných symbolů v lidské společnosti pro komunikaci.*“

Proces tvorby a samotné užití jazykového kódu je podmíněno adekvátním užitím intelektových schopností, kognitivními procesy (zejména v oblasti paměti a pozornosti), dále je celý komunikační řetězec závislý na intaktních cerebrálních funkcích a na schopnosti učení se novým informacím. Pokud se ovšem jedna z těchto podmínek naruší, například vznikne postižení na bázi získané poruchy fatických funkcí, tak nastane porucha v užití správného jazykového kódu ve všech jeho základních složkách, tj. sémantická, syntaktická, fonologická a pragmatická. (Neubauer a kol., 2007)

**Řeč** = „*Řeč je fyzikální realizací jazyka, je to užití signálů, které vznikají lidskou respirací, fonací, artikulací a rezonancí.*“ (Neubauer a kol., 2007, s. 15)

Dvořák (2001, s. 171) definuje termín řeč jako: „*Forma sdělování a dorozumívání založená na používání slovních (mluva, písmo), ale i neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků komunikace.*“

Neubauer (2007) vysvětluje, že musí docházet k bezchybné interakci řeči a jazyka, aby byl lidský jazykový produkt celistvý. Samotný obsah komunikace – jazykový či znakový se neobejde bez určité fyzikální realizace jazykové produkce. Pak můžeme za fyzikální modalitu jazyka považovat řečový projev, písmo nebo komunikaci neverbálními prostředky.

Mistrík (In Obereignerů, 2013, s. 17) charakterizuje vzájemný vztah pojmů jazyk a řeč následovně: „*Řeč je aktem realizace a použití jazyka jako systému v konkrétních dorozumívacích aktech, jejichž výsledkem je konkrétní jazykový projev. Jazyk je soustavou jedinečných znakových hodnot zprostředkujících vyjadřování a dorozumívání lidí.*“

Nakonečný (1997, s. 283) upozorňuje na provázanost mezi pojmy jazyk, řeč, komunikace: „*Sdělovat si přání, výzvy, prosby, vlastní postoje je výsadou sdělování mezi lidmi. Taková sdělování se nazývají komunikace... Specificky lidské formy komunikace jsou nonverbální a verbální... Komunikativní systémy se nazývají řeč... Verbální forma řeči užívaná určitou společenskou skupinou se nazývá jazyk a má určitou národní formu... Lidská verbální komunikace, mluvená a psaná řeč (jazyk) se*

*postupně vyvíjela z neverbálních forem komunikace nejprve jako mluvená a později jako psaná řeč. “*

Pro samotné užití řečových prostředků jsou důležité dva faktory, a to akustické a auditorní znaky, které musíme intaktně zpracovat sluchovou percepcí a kognitivními cerebrálními procesy. (Neubauer a kol., 2007)

Lechta (In Klenková, 2006) hovoří o řeči jako o schopnosti řečové komunikace, a tu následně charakterizuje jako schopnost vědomě používat jazyk, který chápe jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech formách.

Neubauer (2007) se zmiňuje o řečové komunikaci v souvislosti s náhledem na celou problematiku z pohledu psycholingvistické koncepce. Psycholingvisticky orientovaná koncepce vznikla spojením jazykovědných a psychologických disciplín. Tato koncepce má snahu rozdělit poruchy řečové komunikace, je zaměřena na zjištění příčiny vzniku poruchy a stimulaci konkrétní oblasti komunikačních schopností. Díky této koncepci jsme si schopni uvědomit, že proces řečové komunikace je vícemodální jev. Psycholingvisticky orientovaný přístup nám pomáhá zjistit dominantní příčinu poruchy. Ten rozlišuje poruchy, které jsou na bázi poruchy:

- Motorických řečových mechanismů (dysartrie, řečová dyspraxie);
- individuální jazykový systém (afázie);
- poruchy kognitivně – komunikační schopnosti (demence);
- poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu (dysfágie, orální dyspraxie).

Toto rozdělení příčin poruch je nám nápomocné při diferenciální diagnostice a následnému zvolení vhodného systému terapie. Adekvátní zvolení terapie je zaměřeno přímo na práci s tou modalitou, která je dominantní pro vznik a především přetrvávání poruchy řečové komunikace. (Neubauer a kol., 2007)

### 3 Afázie – základní vymezení

Afázie patří do kategorie získaná narušená komunikační schopnost. Jedná se o organické získané narušení, které je provázeno velkou škálou symptomů. Díky velmi široké problematice afázie se začal budovat samostatný logopedický směr, zaměřený konkrétně na problematiku afázií, a tou je afaziologie. Problematikou afázií a oborem afaziologie se zabývají odborníci z různých vědních disciplín. Můžeme jmenovat například obory jako neurologie, neuropsychologie, neurochirurgie, psycholingvistika, logopedie a další. Ve světě také existují různé afaziologické školy – směry. (Klenková, 2006)

Afázii řadíme k vyšším kortikálním poruchám, spolu s alexií, agraphií, apraxií, agnozií, poruchami v orientaci v prostoru, pravo-levé orientaci atd. Často také odborníci afázii charakterizují jako ztrátu exprese nebo rozumění řeči zapříčiněnou ložiskovým poškozením mozku. (Klenková, 2006; Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Vyšší kortikální činnost považujeme za specificky lidskou aktivitu, která řídí psychickou činnost člověka. Je také zodpovědná za koordinaci vnitřních funkcí organismu a jeho komunikaci s vnějším prostředím. Do vyšších kortikálních funkcí spadají také funkce kognitivní, které obsahují následující složky:

- Receptivní složka: zde zařazujeme vnímání (počítky), vjemy a třídění informací, které se uchovávají v paměti.
- Schopnost zpracování informací: máme na mysli analýzu, syntézu myšlení.
- Expresivní složka: zde řadíme výslednou reakci analyticko – syntetické činnosti, výstup zpracování objektivní reality (řeč, gestikulace, grafický projev, praxe).

Je zapotřebí dobrý stav vědomí, dostatečná činnost vyšších kortikálních a subkortikálních funkcí, aby byly kognitivní funkce intaktní. (Klenková, 2006; Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007; Čecháčková, 2003)

Jak jsme se zmínili výše, problematikou afázie se zabývá více disciplín. Díky tomu se definice afázie může různit. Záleží, z jakého úhlu pohledu se problematice věnujeme. Literatura z oboru neurologie například upozorňuje především na to, že se jedná o poruchu řeči způsobenou ložiskovým poškozením mozku a že je to porucha již jednou vybudované řeči. (Klenková, 2006; Lechta a kol., 2003)

Schuellová (1965), zakladatelka afaziologie v USA upozorňuje na fakt, že afázie je generalizovaná porucha řeči, která zasahuje všechny modalitty řeči, a to jak mluvené, tak psané. Lurija (1975) vychází především z teorií od Vygotského. Kdy řeč považuje za prostředek k regulování chování a taktéž jako významný článek kognitivních procesů. Z toho Lurija vyvozuje, že narušení řeči je příčinou poruch kognitivních procesů a naopak. Afázii pak charakterizuje systémovým narušením řeči, které vzniká při organickém poškození mozku, kdy jsou zasaženy různé úrovně organizace řeči. Toto poškození vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka a zejména narušuje komunikativní funkci řeči. (Lechta a kol., 2003)

Lechta (2003) jmenuje čtyři hlavní charakteristiky afázie:

1. Afázie je získaná narušená komunikační schopnost;
2. týká se poruch symbolických procesů;
3. vzniká ložiskovým poškozením;
4. důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.

Pokud bychom měli shrnout všechny výše zmíněné rysy afázie do jedné výstižné charakteristiky, tak bychom mohli afázii popsat tak, že jsou zasaženy všechny modalitty řeči. Jedná se o zasažení řeči receptivní, expresivní, o řeč mluvenou a psanou, v různé míře mohou být narušeny i všechny jazykové roviny, konkrétně lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická, foneticko-fonologická a pragmatická. (Klenková, 2006)

Neubauer (2007) zase afázii řadí k poruše individuálních jazykových schopností, která je způsobena poškozením CNS, kdy si musíme uvědomit, že se vždy jedná o vícemodální jev, který ovlivňuje percepci mluvené řeči, verbální produkci, lexikální a grafické schopnosti a taktéž verbálně-mnestické funkce. Za dominující rys považuje obtížné dorozumění se verbální řečí (špatná srozumitelnost), taktéž je narušena schopnost rozumět a chápat signální význam slov, jsou přítomny obtíže ve vyhledávání adekvátních výrazů, pozorujeme vážné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií.

Papathanasiou (2013) definuje afázii jako získané postižení jazykových modalit a funkcí plynoucích z ložiskového poškození mozku v jazykové dominantní hemisféře, které ovlivňují kvalitu života člověka, jeho komunikační a sociální role a kvalitu života rodiny, osob blízkých a pečovateli.

### 3.1 Etiologie

Neubauer (2007) afázii řadí do kategorie získaných neurogenních poruch řečové komunikace (ZNPŘK). ZNPŘK je problematika, která se vztahuje nejvíce k dospělé a stárnoucí populaci. V České republice se počet osob s přetrvávající diagnózou afázie pohybuje okolo 1000 ročně. Je to fatická porucha, která člověku velmi radikálně změní dosavadní život a pozmění kvalitu komunikace s okolím. Problematickou oblastí se také stává čtení, psaní, počty. Afázii Neubauer považuje za jednu z nejzávažnějších poruch komunikace, které může být člověk vystaven.

U 20 - 33 % osob po cévní mozkové příhodě (CMP) vzniká komunikační porucha a u dalších 10 - 18 % osob se porucha řečové komunikace objeví až později, v průběhu vývoje onemocnění. (Cséfalvay, Traubner, 1996)

Sovák (1975) afázii popisuje jako orgánové poškození mozkové tkáně dominantní hemisféry. U afázie se jedná o ložiskové poškození. (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol. 2007)

Klenková (2006) se také zmiňuje o etiologii. Především zdůrazňuje, že u afázie je příznačné poškození dominantní hemisféry, kdy již byla vyvinutá řeč. Hovoříme tedy o poruše získané. Afázie také může doprovázet různá jiná neurologická onemocnění.

Pokud hovoříme o klinickém obrazu afázie, je třeba jmenovat faktory, které ovlivňují klinický obraz afázie. Za důležité faktory považujeme:

- Povaha patologického procesu: máme na mysli o jaké organické poškození CNS se jedná;
- rozsah a lokalizace léze;
- věk pacienta. (Klenková, 2006; Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Afázie může vzniknout z různých příčin, je důležité tyto příčiny zjistit, pojmenovat a pomocí těchto znalostí vést adekvátně terapii. (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007)

Klenková (2006), Neubauer (2007) považují za nejčastější příčiny vzniku afázie (vzniku mozkové léze, která je následně příčinou narušené komunikační schopnosti) následující mechanismy poškození činnosti CNS:

- Cévní mozkové příhody (zde jmenujeme ischemii – snížené prokrvení, hemoragii – krvácení);
- úrazy mozku, tj. traumatická poškození tkáně CNS (řadíme sem komoci, kontuzi, kompresi mozku);
- mozkové nádory a infekce CNS;
- intoxikace CNS (vlivem alkoholu, drog...);
- degenerativní onemocnění CNS.

### **3.1.1 Cévní mozkové příhody (CMP)**

Cévní mozkové příhody jsou oprávněně považovány za jednu z nejvíce obávaných onemocnění dospělé populace. Obecně cévní onemocnění mozku je třetí nejčastější příčinou smrti v evropských státech a ve většině vyspělých států. Neubauer (2007) uvádí údaj 200 případů cévního onemocnění mozku na 100 tisíc obyvatel. CMP se nejčastěji vyskytuje u starších osob, ve věku 60 – 75 let. Bohužel v dnešní době narůstá trend, kdy již osoby mnohem mladšího věku – od 45 let, jsou postiženy právě CMP.

Čecháčková (2007) považuje CMP za nejčastější příčinu afázií. Neubauer (2007) uvádí, že nejčastěji CMP vzniká náhle. V 80 % je příčinou ischemie. Tedy uzavření některých z tepen, které zásobují krví mozkovou tkáň. Čecháčková (2007) jmenuje také ischemický infarkt či snížené prokrvení mozku. Příčiny ischemií jsou následující:

- Systémová hypoperfuze: kdy je průtok krve snížen;
- trombóza mozkových cév: krev se sráží v cévách, vyvíjí se postupně, pozvolna;
- embolie: uvolnění krevní sraženiny, která uzavírá mozkové tepny. Průběh a samotný začátek cévní mozkové příhody je rychlý.

Neubauer (2007) dále jmenuje příčinu CMP, která se vyskytuje zhruba ve 20 % případů. Je jí hemoragický proces, neboli ruptura (prasknutí) tepny, kdy se krev rozlije do okolní mozkové tkáně. Čecháčková (2007) hovoří o cévních příhodách hemoragických. Jako nejčastější příčinu tohoto druhu CMP považuje hypertenzi. Dále zde řadí:

- Prasknutí aneuryzmatu;
- mozkový nádor, který se může ze začátku projevit krvácením;
- hematoma, který vzniká po úrazu hlavy.

Za méně častou, avšak velmi závažnou příčinou CMP, Neubauer (2007) považuje subarachnoidální krvácení (výlev krve mezi mozkové pleny), které je často způsobeno rupturou aneuryzmatu.

Výše jmenované příčiny mohou mít velmi vážné následky. Jedná se především o poruchy hybnosti končetin, těla a ztrátu či poškození schopnosti řečové komunikace. Nejčastější poruchou hybnosti je hemiparéza. Přibližně 60 % osob po CMP je postihnuto určitým stupněm postižení mentálních funkcí – zejména řečových a komunikačních a taktéž trpí poruchou hybnosti. U 90 % těch, kteří přežijí CMP, se individuálně dlouho a individuálně kvalitně vrací porušené funkce v časovém rozmezí jednoho roku i více let. (Neubauer, 2007)

### **3.1.2 Traumatické úrazy mozku, mozkové nádory a infekce, degenerativní onemocnění CNS**

#### **Traumatické úrazy mozku**

Po cévním onemocnění mozku jsou traumata mozku druhou nejčastější příčinou vzniku neurogenních poruch řečové komunikace. Neubauer (2007) uvádí, že až 50 % všech dopravních nehod může být doprovázeno úrazem mozku. Z těchto úrazů má pak až třetina lidí poruchu řečové komunikace.

Za nejčastější úrazy mozku považujeme:

- Otřes mozku: definujeme jako krátkou ztrátu paměti. Nezpůsobuje fatickou poruchu.
- Zhmoždění mozku, u něj jmenujeme tři stupně zhmoždění:
  - Středně těžké poranění, u kterého bývá přítomna afázie;
  - těžké úrazy hlavy, u kterých je pacient v bezvědomí asi 6 hodin;
  - dlouhodobé stavy bezvědomí. (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007; Neubauer, 2007)

Neubauer (2007) dále poukazuje na fakt, že mozkové zhmoždění a krvácivé stavy s tvorbou hematomů způsobují chronicky přetrvávající poruchy paměti, fatických funkcí či motorických poruch.



### **Mozkové nádory a infekce**

Čecháčková (2007) uvádí, že u mozkového nádoru (tumoru) především záleží na jeho lokalizaci, která může zapříčinit vznik afázie. Dále Neubauer (2007) vysvětluje, že tumor působí na vznik poruchy řečové komunikace pozvolna nebo jako skokově progredující komplikace. Za nejčastější infekci považujeme především encefalitidu. Encefalitida postihuje mozkovou tkáň a současně také mozkové pleny.

### **Degenerativní onemocnění CNS**

Alzheimerova nemoc může být doprovázena afázií. V tomto případě má afázie kolísavý průběh, příznaky se mohou jak rozvíjet, tak také ubývat. Charakteristickým se pro chorobu stává úbytek paměti, v progresivní formě choroba může končit až závažným postižením kognitivních funkcí. (Neubauer, 2007; Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007)

## **3.2 Symptomatologie**

Čecháčková (2007) a Klenková (2006) vyzdvihují, že příznaků afázie je celá řada. Vyskytují se u každého jedince individuálně, v různém množství, kvalitě a také v různých kombinacích. Nejzákladnější měřítko pro rozeznání konkrétní afázie je, zda má člověk obtíže v samotné expresi či porozumění řečovému projevu. Čecháčková (2007) se zmiňuje také o tom, že na počátku 80. let minulého století odborníci nakonec chtěli upustit od jakéhokoli dalšího rozdělení afázií a chtěli se opírat pouze o rozdělení na afázii typu expresivní či receptivní a k tomu dále pozorovat, zda je verbální projev člověka fluentní, či nonfluentní. Za fluentní projev se dá považovat taková řečová produkce, která obsahuje zhruba 120 slov za minutu. Nonfluentní projev můžeme charakterizovat tak, že produkce slov za minutu klesne pod 50 slov.

### **Konkrétní symptomy afázie**

Při charakterizování jednotlivých symptomů afázie vycházíme z přehledu od Čecháčkové (In Škodová, Jedlička, 2007), Obereignerů (2013) a Papathanasiouse (2013):

**Parafázie** – Parafázie považujeme za základní charakteristický rys afázie. Jedná se o deformování slov různého typu na různém stupni. Parafázie dělíme na tři základní typy:

- **Fonemická** – můžeme ji považovat také za nejlehčí stupeň. Slovní tvar je deformován, ale některé správné prvky zůstávají obsaženy ve slově. Tím jsme schopni porozumět významu. Jako příklad lze uvést častou záměnu fonému: dveře – dvířka, kvítek – klítek.
- **Žargonová** – těžší stupeň parafázie. Kdy je slovní tvar změněn k nepoznání od původně zamýšleného. Porozumění je téměř nemožné. Ždruclha – židle.
- **Sémantická** – afatik si není schopen vybavit přesný název slova, nahrazuje jej slovem významově podobným nebo se snaží o popsání slova.

**Parafrázie** – Typické pro expresivní afázii (Brocovu afázii). Jedná se o sníženou schopnost až úplnou neschopnost větného vyjádření (např. V parku jsou stromy. X Je lípa a buk).

**Perseverace** – Ulpívání na předchozím podnětu u odpovědí, u kterých už předchozí podnět nepůsobí.

**Stereotypie** – Opakování stále stejného výrazu. Afatik produkuje v jakékoliv řečové komunikaci stejný slovní výraz (např. tibidiko).

**Logorhea** – Překotná mluva, snížená až úplná ztráta srozumitelnosti verbálního projevu. V projevu se vyskytují žargonové parafázie. Můžeme pozorovat většinou u afázie typu percepčního.

**Anomie** – Problém s pojmenováním, vyskytuje se u anomické afázie.

**Neologismy** – Novotvary, které afatik vytváří gramaticky chybně, zaměňuje hlásky, slabiky. Slova se stávají nesrozumitelnými, celé sdělení působí nesmyslně.

**Poruchy porozumění** – Poruchy porozumění se v různé míře projevují téměř u každého typu afázie. Na první pohled však nemusí být úplně patrná. Afatik je schopný porozumět sdělení a pokynům, které vyplynou z konkrétní situace. Je schopen takto chápat jednoduché sdělení, pokyny, ovšem u složitějších forem se začne projevovat porucha porozumění.

**Cirkumlokace** – Opisování cílového slova, ve spojitosti s cirkumlokacema se objevuje **embolofrázie**, které jsou označovány jako tzv. „slovní vmetky“.

**Echolálie** – spontánní opakování slyšeného.

## 4 Diagnostika afázie

Při diagnostikování afázie je nejdůležitější uvědomit si, jaký cíl jsme si vytyčili při vyšetřování afatika. Podle Cséfalvaye (in Lechta a kol. 2003) je dále při diagnostice nejpodstatnější, získat dostatek informací, které nám jsou schopny pomoci při výběru vhodné strategie rehabilitace. Je proto nezbytné diagnostiku provádět tak, aby se skládala z postupů jak kvalitativní, tak kvantitativní analýzy spolu s vyhodnocením užití jazyka po pragmatické stránce (funkční komunikace). Dodnes však nebyla vytvořena úplně ideální diagnostická baterie, proto Cséfalvay odkazuje, že správně provedená diagnostika, by se měla skládat z více specifických testů, či testových baterií.

Za dobu, kdy se buduje obor afaziologie, již bylo vytvořeno několik afaziologických škol, afaziologických výzkumných center. Díky tomu, že každé pracoviště je osobité a na každém z nich se pracuje dle individuálních a specifických požadavků, si každé toto pracoviště vytvořilo vlastní manuál, vlastní přístup, podle kterého diagnosticky pracují nebo si aspoň nějakým způsobem již vytvořené diagnostické materiály modifikovali pro vlastní práci. (Klenková, 2006; Lechta a kol., 2003)

Klenková (2006) i Cséfalvay (2003) odkazují na to, že se za poslední léta změnil přístup diagnostikování. Orientace diagnostiky se změnila více směrem k pragmatické rovině komunikace. K tomuto posunu daly popud výzkumy, které zjistily, že výsledky diagnostiky afatika v laboratorních podmínkách a v každodenních situacích se různí. Proto také vznikalo a vzniká více testů, které se zaměřují právě na testování funkční komunikace.

Nesmírně důležité je věnovat pozornost u diagnostiky nejen schopnosti použít mluvenou řeč, ale je potřeba také zahrnout psanou formu řeči, tj. čtení a psaní. Jen taková diagnostika může být považována za komplexní. (Klenková, 2006; Cséfalvay in Lechta a kol., 2003)

Jak vyplývá z přechozích odstavců, u diagnostiky se využívá velký počet testů, testových baterií a autoři se shodují, že by měla být diagnostika zaměřena především na následující oblasti:

- Spontánnost řeči;
- porozumění řeči;

- opakování;
- pojmenování. (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003; Klenková, 2006)

## 4.1 Možná diagnostická vyšetření

### Pražské afaziologické vyšetření (PAV)

Neubauer (2007) odkazuje na tradici naší země v přístupu k diagnostice afázií. Již v roce 1964 bylo publikováno „Pražské afaziologické vyšetření – PAV“, autorkami byly Budínová-Smělá a Mimrová. Můžeme jej charakterizovat jako komplexní klinické logopedické vyšetření, které vycházelo z Hrbkovy psychofyzilogické koncepce poruch fatických funkcí. Toto vyšetření zobrazovalo procentuální úspěšnost výkonu pro konkrétní centra propojená s řečovou komunikací. Úspěšnost byla zaznamenána jako výkonová křivka. Mimrová v roce 1997 toto vyšetření publikovala znovu. My však chceme upozornit především na oblasti, kterých se diagnostika týkala:

- Spontánnost řeči;
- porozumění řeči;
- opakování;
- pojmenování;
- automatické řady;
- zpěv;
- čtení;
- počítání ústní, písemné;
- kreslení;
- psaní.

Autoři (Neubauer, Klenková, Cséfalvay apod.) uvádějí mnoho materiálů. Avšak převážná část z nich je původem ze zahraničí a v našich podmínkách jsou, anebo byly, přeloženy pouze v rámci experimentálních ověřovacích studií. Jsou taktéž omezeně přístupné. Jmenujeme WAB (Western Aphasia Battery), MTDDA (Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia), PICA (Porch Index of Communication Ability), BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination), AAT (Aachener Aphasia Test).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Charakteristiku jednotlivých testových baterií můžeme dohledat v Cséfalvay (In Lechta a kol., 2003).

## **Vyšetření fatických funkcí (VFF)**

Současná česká afaziologie se dnes může opřít o vlastní kvalitní vyšetřovací postup, který je reprezentován „Vyšetřením fatických funkcí – VFF“, který je součástí manuálu „Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie“, za jehož tvůrce považujeme klinického logopeda Cséfalvaye ve spolupráci s klinickými logopedkami Košťálovou a Klimešovou z roku 2002. (Neubauer a kol., 2007; Klenková, 2006)

VFF je kvalitativně orientované vyšetření, které přináší terapeutovi povědomí o tom, jaké narušení, deficit daného modulu ovlivnil jednotlivé jazykové funkce. Porušení jednoho modulu – komponentu může vést k rozpadu několika procesů současně.<sup>2</sup> (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

Pomocí VFF můžeme určit typ afázie (vychází z Bostonské klasifikace afázií), úroveň komunikace po vzniklém poškození. Dále nám umožní zjištění narušených a intaktních složek jazykového systému, které se podílejí na procesu porozumění a produkci slov, na psaní a čtení. Obsahem VFF je zjištění výkonu pacienta v následujících částech:

- Spontánní řečová produkce;
- porozumění mluvené řeči;
- schopnost reprodukovat slova a věty;
- vyšetření nominativní funkce řeči;
- čtení;
- psaní. (Neubauer a kol., 2007)

## **MAST**

Česká verze diagnostického testu The Mississippi Aphasia Screening Test. MAST, jenž řadíme do screeningových testů afázie, je jedním z nejrozšířeněji používaných testů. Má své limity v klinickém použití pro svou jednoduchost a ohraničenou dobu pro provedení. Krátkost testu je však na druhou stranu výhodou, protože jej odborník může použít již v akutní fázi po cévní mozkové příhodě, u lůžka pacienta. Česká verze testu je standardizovaná na česky mluvící populaci. V rámci studie se MAST osvědčil jako spolehlivý a validní screeningový test odhalení afázie, který je taktéž schopen zachytit vývoj afázie. Test je volně dostupný na stránkách Brněnské fakultní nemocnice.

---

<sup>2</sup> Pokud se naruší modul lexikální sémantika, deficity můžeme pozorovat v rozumění mluvené řeči, psané řeči, taktéž pozorujeme obtíže při psaní, čtení a produkci slov.

Test je schopný zmapovat narušení celé škály jazykových schopností, pomocí bodového hodnocení jsme schopni zachytit vývoj stavu fatických poruch v určitém čase a snadno tak porovnáme dřívější a nové výsledky.

Test se skládá z jednotlivých subtestů, které mapují následující schopnosti:

- Automatická řeč;
- pojmenování;
- opakování;
- fluence při popisu fotografie;
- psaní podle diktátu;
- rozumění alternativním otázkám;
- rozumění slovu – identifikace objektů;
- rozumění mluvené instrukci;
- rozumění čtené instrukci.

Cílem, kapitoly „diagnostika afázie“, není uvést všechny možné existující testové baterie, testy, vyšetření. Chceme pouze přinést přehled těch, které jsou v praxi zmiňované a užívané nejčastěji, nebo ty, které byly vytvořeny pro podmínky práce u nás, v české afaziologii. Neubauer (2007) sumarizuje, že ze široké škály testů afázií jsou nejužívanější tyto:

- BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination);
- WAB (Western Aphasia Battery);
- PAV (Pražské afaziologické vyšetření).

O PAV jsme se zmiňovali již výše, rádi bychom pár řádky shrnuli WAB vyšetření.

## **WAB**

Snahou vyšetření je identifikace klinických syndromů afázie, tedy popis a strategie chování pacienta. WAB se skládá z dílčích vyšetření, která se zaměřují na oblasti spontánní řeči, porozumění, pojmenování, opakování, psaní, čtení, praxie, kalkule a konstrukční schopnosti. V těchto dílčích vyšetřeních dosahuje pacient určitého skóre. Při standardizaci tohoto vyšetření tvůrci zjistili, že intaktní populace a populace afatiků se odlišuje v dosaženém skóre. Maximální skóre dosahuje 100 bodů, za hranici normy

se pak považuje 93,7 bodů. To, co je pod touto bodovou hranicí, odpovídá výsledkům pacientů s afázií. Dle skóre, které jednotlivec získá v dílčích vyšetřeních, se přiřazuje konkrétní typ afázie. (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003)

Neubauer a kol. (2007) mimo výše zmíněné kognitivní škály, stručně charakterizuje screeningové testování, které má především tu výhodu, že je provedeno za velmi krátký čas.

### **Screeningová zkouška afázií**

Je snadno aplikovatelná, testování probíhá kolem 10 minut. Obsahuje 32 položek, které jsou rozděleny do 14 diagnostických kategorií. Více informací nalezneme v publikaci „Diagnostika a terapie poruch komunikace“ od autorů Preiss, Preissová, Neubauer, Tilšerová.

### **Token test**

Token test je pro svou dostupnost velmi rozšířenou a často užívanou screeningovou metodou. Slouží k vyšetření jen některých řečových složek. Zaměřuje se na kvantifikaci poruch rozumění mluvené řeči a krátkodobou verbální paměť. Využívá se u pacientů s lehčí formou afázie. Zjišťujeme míru poruchy rozumění mluvenému pokynu, gramatickým strukturám. Test je založen na poznávání a manipulaci barevných geometrických tvarů (čtverec, kruh) na základě verbálních pokynů. Před samotným testováním je nutné si ověřit, zda pacient rozumí a zná základní geometrické tvary, rozpozná základní barvy. (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007; Neubauer a kol., 2007)

### **Lurijův přístup k diagnostice afázie**

Z pohledu neuropsychologického bychom měli zmínit Lurijův přístup k diagnostice afázie. Jeho hlavní filosofií je analýza struktury symptomu a porovnání různých syndromů, které detekují faktor, který po svém výpadku způsobil rozpad celého funkčního systému. Tím Lurija poukázal na to, že výpadek, narušení určitého faktoru může vést k poruše více funkčních systémů, jež daný faktor obsahují. (Cséfalvay in Lechta a kol., 2007; Klenková, 2006)

Samotné vyšetření se pak skládá z následujících částí:

- Úvodní rozhovor.

- Vyšetření impresivní složky řeči:
  - fonemická percepce;
  - porozumění slovům;
  - porozumění jednoduchým větám;
  - porozumění logickým a gramatickým strukturám.
- Vyšetření expresivní složky řeči:
  - automatizovaná řeč;
  - artikulace;
  - opakování slov, vět, reprodukce příběhu;
  - pojmenování;
  - samostatné vyjadřování.
- Vyšetření čtení a psaní.
- Orientační vyšetření akusticko-verbální paměti.
- Vyšetření praxe (Cséfalvay in Lechta a kol., 2003)

## Shrnutí

Mnohokrát jsme v této kapitole uvedli zásadní oblasti, na které by se nemělo při vyšetření zapomenout. Rádi bychom ve stručnosti shrnuli popis autorů (Cséfalvay, Neubauer, Klenková, Košťálová a další), co si pod každou oblastí konkrétněji můžeme představit:

- **Spontánní řeč:** Řeč diferencovat na fluentní – nonfluentní, popis obrázku, semistrukturovaný rozhovor, který si po svolení nahráváme a dále podrobně analyzujeme, kdy hodnotíme gramatiku, obsah informací, zda se vyskytují parafráze apod.
- **Porozumění řeči:** Zde vyšetřujeme porozumění jednoduchým otázkám, slovům, větám. Poté složitějším instrukcím, složitým gramatickým strukturám v konkrétních sekvenčních pokynech.
- **Opakování:** Vyšetříme opakování slabik, slov a různé délky vět. Dále je potřeba diferencovat plynulost a neplynulost projevu.
- **Pojmenování:** Vyšetřujeme pojmenování předmětů denní potřeby, předmětů vzácnějších, odpověď na položení otázky (např. Co použijete, když chceme jíst polévku?).



- **Hodnocení psaní:** Vyšetřujeme automatické psaní, spontánní psaní, psaní dle diktátu, narativní psaní...
- U **hodnocení čtení** postupujeme obdobně.

Na závěr bychom rádi charakterizovali, v jakých případech použít konkrétní vyšetření. Takto shrnuté základní informace nám přináší Cséfalvay (in Lechta a kol., 2003). Pro klinickou praxi bychom měli použít několik testů s různým zaměřením. V akutní formě onemocnění bychom měli použít screeningové testování pro svou rychlou aplikovatelnost. Po zlepšeném stavu bychom měli využít některou z kvantitativně orientovaných testových baterií (WAB). Pro adekvátní vypracování rehabilitační strategie bychom neměli dále zapomenout využít kvalitativně orientovaný postup (např. adaptované Lurijovo vyšetření). U pacientů, kdy se obraz afázie již stabilizoval, můžeme využít testy funkční komunikace.

## 4.2 Klasifikace afázie

Mnozí autoři (Klenková, Čecháčková, Neubauer, Cséfalvay a další) se shodují, že existuje více názorů na klasifikaci afázie. Záleží, z jakého vědního oboru na problematiku afázie nahlížíme. V průběhu let vzniklo více afaziologických škol, kdy si každá škola vytvořila vlastní klasifikaci.

Autoři publikace „Mozek a řeč, neurologie nejen pro logopedy“ Love, Webb (2009) uvádí takzvanou dichotomickou klasifikaci. Dělení je následující:

- Afázie receptivní, můžeme se také setkat s pojmenováním percepční, senzorická, fluentní.
- Afázie expresivní, kdy je také označována jako motorická, nonfluentní.

Pokud bychom k jednotlivému typu afázie chtěli označit typickou oblast poškození, tak u afázie receptivní označujeme tou postiženou částí oblast posteriorní, tj. zadní oblast léze (zadní oblast temporálního laloku). U afázie typu expresivního označujeme anteriorní oblast mozku jako postiženou oblast, tj. přední léze (frontální lalok).

Love, Webb (2009) označují dělení afázie na typ fluentní a nonfluentní za nejvýstižnější. Dávají mu přednost před dělením na receptivní a expresivní a zdůvodňují to tím, že každý jeden afatik vykazuje při konverzační řeči určitou míru narušené řečové exprese.

V klinické praxi, jak uvádějí Čecháčková (2007) nebo Klenková (2006), se nejčastěji využívá toto základní dělení afázie:

- Motorická, neboli expresivní, Brocova.
- Senzorická, jinak také receptivní, Wernickeova.
- Totální nebo globální.

Autoři jsou si vědomi faktu, že dělení je značně zjednodušené, avšak jako první měřítko k hodnocení účinné. Rozlišujeme buď poruchu vlastní řečové produkce (expresivní afázie), nebo poruchu porozumění (receptivní afázie).

Čecháčková (2007) přehledně uvádí souhrn nejčastěji využívaných klasifikací. Jedná se o Bostonskou klasifikaci, Lurijovu klasifikaci, Kimlovu klasifikaci, Hrbkovu klasifikaci, Olomouckou. My se pro naše potřeby budeme trochu blíže věnovat Lurijově klasifikaci a Bostonské klasifikaci.

### **Lurijova klasifikace afází**

Tuto klasifikaci popsal psycholog a neuropsycholog A. R. Lurija. Jeho přístup k dělení afází zahrnuje komplexní, celkový pohled na funkci celého centrálního nervového systému. Klasifikace je založená na představě funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Kromě definování topiky léze mozku se snažil Lurija o definování primárního defektu, který má vysvětlit charakter symptomů. Snaží se vysvětlit, z jakého důvodu může jeden symptom vzniknout z různých příčin (například porucha porozumění řeči). Lurija dělí afázii na dva základní typy:

- Afázie vznikající při lézích předních oblastí mozku: dynamická, eferentní motorická.
- Afázie, která vzniká při poškození zadních oblastí mozku: aferentní motorická, akusticko-mnestická, senzorická, sémantická a amnestická. (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007; Klenková, 2006; Lechta a kol., 2003)

### **Bostonská klasifikace**

Základy této klasifikace položili již v 19. Století Broca a Wernicke. V dnešní době je tato klasifikace dominující, také označována jako klasická klasifikace. Typologii dominuje lingvistický aspekt, ale nevyšetřuje již praxii, gnozii, orientaci v prostoru či pravo-levou orientaci a další. Podstatou klasifikace je snaha vnitřně diferencovat

afázii podle silných a slabých stránek jednotlivých řečových modalit. V tomto smyslu chápeme řečové modality jako:

- Pojmenování;
- fluence konverzační řeči;
- porozumění mluvené řeči;
- opakování. (Čecháčková In Škodová, Jedlička a kol., 2007; Klenková, 2006; Lechta a kol., 2003)

Jednotlivé typy afázie, dle klasifikace, nyní jen vyjmenujeme a podrobnější charakteristice, se budeme věnovat v samostatné kapitole „Podrobnější seznámení s Bostonskou klasifikací“.

- Brocova afázie;
- Wernickeho afázie;
- Konduktivní afázie;
- Globální afázie;
- Transkortikálně-motorická afázie;
- Transkortikálně-senzorická afázie;
- Transkortikální smíšená afázie. (Cséfalvay a kol., 2007)

Damasia, (In Lechta a kol., 2003) dále uvádí afázií amnestickou. Nejmenuje ji však jako samostatný typ, protože považuje poruchy nominativní funkce za symptom, který je u každého typu afázie.

## 5 Diferenciální diagnostika

Již v obecném přiblížení problematiky afázie jsme se zmínili, že je důležité se opřít o správnou diferenciální diagnostiku a odhalení primární příčiny poruchy řečové komunikace. Neubauer (2007) vychází z psycholingvisticky orientovaného přístupu, který se snaží zjistit dominantní příčinu poruchy. Pro připomenutí, rozlišuje poruchy na bázi:

- Motorický řečový mechanismus, kde řadí dysartrii, řečovou apraxii;
- individuální jazykový systém, zde patří afázie;
- kognitivně-komunikační funkce, spadají sem demence, poruchy verbální paměti a další;
- primární funkce orofaciálního traktu, sem patří dysfágie, orální dyspraxie.

Toto rozdělení nám usnadní diferenciální diagnostiku a především výběr vhodného, adekvátního postupu následné terapie. V praxi se můžeme často setkat se skutečností, že projevy poruchy řečové komunikace si mohou být velmi podobné, stejné, ale také mohou mít i jiné příčiny. Například problém v pojmenování předmětu může být na bázi poruchy verbální paměti, funkci individuálního jazykového systému nebo neschopnosti motoricky slovo vyjádřit. (Neubauer, 2007)

### Základní cíl diferenciální diagnostiky

Neubauer (2007) klade velký důraz na to, abychom odlišili poruchy řečové komunikace s projevy motorické řečové poruchy (dysartrie, řečová dyspraxie), s projevy poruch jazykového systému (afázie, dyslexie, dysgrafie) a projevy kognitivně-komunikační poruchy (demence, kognitivně-komunikační deficit). Popisuje jednotlivé poruchy a navzájem se je snaží odlišit:

**Dysartrie** – motorická řečová porucha, kognitivní a jazykové složky řečové komunikace jsou intaktní. Problémy pozorujeme u respirace, fonace, rezonance a artikulace, kdy tyto procesy mohou být porušeny či deformovány. Projevy jsou konstantní.

**Řečová dyspraxie** – charakteristické jsou problémy v programování řečových prvků, hlásek či slabik apod. Jejich záměnami, perseveracemi nebo vynecháváním. Projevy jsou nekonstantní a nejsou spojeny s poruchami dalších motorických řečových činností.

**Afázie** – snížená schopnost dekodovat či používat smysluplné lingvistické části (slova, sousloví, věty apod.), která je způsobena více faktory.

**Kognitivně-komunikační deficit** – vzniká na základě počátků degenerativních onemocnění a úrazů CNS. Projevy pozorujeme ve formě difuzních výpadků nebo nekonstantních výpadků především v oblasti verbální paměti, cílené pozornosti, zrakové a sluchové diferenciaci.

**Demence** – charakteristická globálním úbytkem intelektových a paměťových funkcí. Symptomy se projevují v podobě poruch verbální paměti a používání řeči pro smysluplnou komunikaci.

## **5.1 Diagnosticky diferencovatelné typy získané neurogenní poruchy řečové komunikace**

Rádi bychom přiblížili poruchy řečové komunikace, které jsou od sebe na první pohled těžko odlišitelné, nicméně kvalifikovaný odborník se musí bezpečně orientovat v následujících diagnózách tak, aby byl schopen určit správnou diagnózu a poté nastavil vhodnou logopedickou terapii. Následující odstavce budou věnovány stručným charakteristikám poruch řečové komunikace, které jsou založeny na poruchách motorických řečových funkcí.

Základní rozdíl mezi afázií a níže jmenovanými diagnózami je rozsah obtíží s diagnózou spojenou. Afázie je na bázi poruchy individuálního jazykového systému a jak jsme již uváděli dříve, jde tedy o celý komplex narušení řečové komunikace a potažmo celé osobnosti člověka. Ve stručnosti se jedná o narušení porozumění řeči, samotnou produkci, problémy jsou jak na úrovni jazykové (jsou narušeny všechny jazykové roviny), tak na úrovni základní modalit motorické realizace řeči (kdy máme na mysli obtíže v artikulaci, rezonanci atd.). Na druhou stranu níže jmenované diagnózy (dysartrie, řečová dyspraxie, orální dyspraxie) jsou poruchy na bázi porušení pouze motorických řečových funkcí. Samotné porozumění řeči zůstává zachováno. (Neubauer a kol., 2007; Cséfalvay a kol., 2007)

**Dysartrie** – Papathanasiou (2013), Lechta (2003), Neubauer (2007) charakterizují dysartrii jako narušení artikulace jako celku, které vzniká při organickém poškození CNS. Jsou porušeny oblasti, které jsou napojeny na činnost primárního motorického

kortexu. Projevuje se různými typy a syndromy řečových poruch, které vycházejí z obtíží ve svalové kontrole řečových mechanismů. Vyskytují se abnormality v síle, rychlosti, rozsahu, stálosti, tónu nebo přesnosti pohybů, které jsou nutné při správném procesu respirace, fonace, rezonance, artikulace a prozódie. Chyby v řečovém projevu považujeme za konstantní.

**Anartrie** – Neubauer (2007), Lechta (2003) a další autoři anartrii označují jako nejtěžší stupeň dysartrie, která se projevuje úplnou neschopností verbálního projevu, komunikace s okolím. Typickým projevem je nemožnost artikulace z důvodu ztráty nebo nerozvinutí vůlí kontrolovaných pohybů mluvidel. Může být také doprovázená afonií (neschopnost tvořit hlas).

**Řečová dyspraxie** – Řečovou dyspraxii řadíme na pomezí mezi dysartrií a motorickou afázií. Je narušeno samotné programování řeči. Chyby v řečovém projevu jsou nekonstantní. Chyby nastávají v tvorbě hlásek, nastavení mluvidel, řazení hlásek za sebou ve slově. Jsou přítomny nekonstantní chyby typu záměn, vynechávání a perseverací hlásek. Deficit pozorujeme ve spontánním řečovém projevu. Neubauer (2007) poukazuje, že diagnostika řečové dyspraxie je velmi problematickou oblastí. Dodnes je problém s jednoznačným odlišením řečové dyspraxie od projevů dysartrie a afázie. Také zmiňuje fakt, že řečová dyspraxie koexistuje s Brocovou afázií a může také doprovázet některé typy dysartrií. Pokud provádíme diagnostiku, můžeme se řídit třemi základními rysy, které jsou pro řečovou dyspraxii charakteristické a na druhou stranu taky nápomocné při odlišení od jiných diagnóz.

- Nevyskytují se dysgramatismy;
- nejsou přítomny poruchy čtení a psaní ve vztahu k expresivní afázii;
- vyskytují se nekonstantní fonemické obtíže oproti dysartrii.

**Orální dyspraxie** – Řečová dyspraxie může být doprovázená dyspraxií orální. Tyto dyspraxie spolu ale napřímo nesouvisí, protože každá se projevuje jinou formou deficitu. Zde deficit charakterizujeme jako problém s cíleným napodobováním motorických činností. Orální dyspraxie se projevuje poruchami opakování předvedených pohybů jazyka, dolní čelisti a orofaciálních svalů. Obtíže jsou ještě vážnější, pokud jde o napodobení dvou či více předvedených následných pohybů. (Neubauer a kol., 2007)

## 5.2 Přidružené poruchy k diagnóze afázie

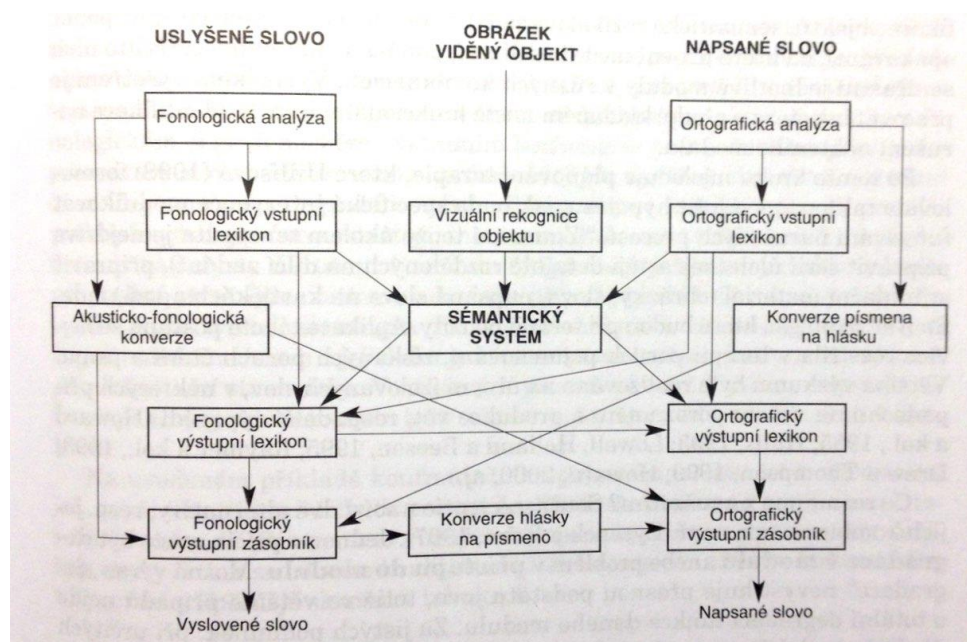
Považujeme za důležité uvést další přidružené poruchy k afázii. Dnešní autoři (Cséfalvay, Neubauer, Košťálová a další) se věnují právě poruchám lexikálních a grafických schopností (alexie, agrafie) ve spojitosti s afázií. Neubauer (2007) uvádí, že poruchy v oblasti psaní a čtení jsou součástí syndromu afázie a doprovází každý typ této fatické poruchy.

Cséfalvay (2007) ve spojitosti s afázií, alexií a agrafií odkazuje na vědní obor zvaný kognitivní neuropsychologie (KN). Tato disciplína se zabývá zmapováním funkční architektury mentálních procesů, kterými jsou například schopnosti pamatovat si, poznávat, vybavovat si, rozumět řeči, produkovat řeč a další. KN se snaží vytvořit určité teorie o tom, z jakých modulů (komponentů) se konkrétní kognitivní funkce skládá a také má snahu zjistit jaký je průběh informace mezi těmito moduly. Dále se předpokládá, že kognitivní procesy jsou rozděleny do řady samostatně fungujících a funkčně nezávislých modulů. Moduly pak tvoří subkomponenty konkrétního procesu, například čtení, psaní, produkce slov.

Celá výše zmíněná teorie je pro afaziologii důležitá. U ložiskového poškození mozku může totiž dojít k narušení funkce jednoho i více modulů současně. Je potřeba označit, které moduly byly narušené vlivem mozkového poškození a zjistit jak celý systém funguje při výpadku modulu, modulů. (Cséfalvay a kol., 2007)

Abychom byli konkrétnější a byli si schopni celý model lépe představit, přikládáme schéma tohoto modelu spolu s krátkým vysvětlením.

**Obrázek č. 1 – Model jazykových procesů (zpracováno a adaptováno podle Kaye, Lesserové a Colthearta, 1996 In Lechta a kol., 2005, s. 213)**



Mezi základní moduly Cséfalvay (2007) řadí:

- **Sémantický systém** – souhrn mentálních reprezentací významů slov. Pokud se tento modul naruší, ovlivní tím ty jazykové procesy, které využívají informace o významu slov. Dochází tedy k narušení produkce a porozumění řeči, čtení a psaní slov.
- **Slovníky (forma fonologická, ortografická)** – považujeme je za mentální slovník všech známých slov. Dále je dělíme:
  - **Vstupní slovníky:** jsou to ty, které posílají do sémantického systému informace, jsou s ním spojeny.
  - **Výstupní slovníky:** sémantický systém posílá informace dále, do těchto slovníků.
- **Převody** – jedná se o ty moduly, které jsou zodpovědné za převod informací (fonémově-grafémový, grafémově-fonémový).
- **Vstupy** – u nich jsou moduly analýzy (fonologická, ortografická), které analyzují existující fonémy, grafémy.
- **Výstupy** – u nich jsou zásobníky (fonologický, ortografický), které mají za úkol podržet daná slova na tu dobu, dokud nebudou vyslovena nebo napsána.



### **Popis procesu konfrontačního pojmenování.**

Klient má pojmenovat obrázek. Informace viděného obrázku musí být zpracovány v modulu vizuální rekognice objektu.<sup>3</sup> Takto zpracovaná informace pokračuje do modulu sémantický systém. Sémantický systém obsahuje reprezentace slov s důležitými atributy významu slova.<sup>4</sup> Mentální reprezentace slov jsou uloženy ve fonologickém výstupním lexikonu (pokud je chceme vyslovit nebo přečíst nahlas). Sémantický systém aktivizujeme, dále z něj přechází impuls do fonologického výstupního lexikonu, kde se vyhledá adekvátní slovo pro danou sémantickou charakteristiku. Proces poté pokračuje dále, do modulu fonologického výstupního zásobníku. Zásobník funguje jako tzv. pracovní paměť slov, kdy ve fonologickém výstupním lexikonu slovo bylo již vyhledáno, ale nadále si musíme slovo udržet v paměti, a to na dobu, dokud nebude vysloveno. (Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

**Uvádíme stručnou charakteristiku alexie a agrafie.** (Papathanasiou a kol., 2013; Hrnčiarová, 2010; Obereignerů, 2013; Love, Webb, 2009)

**Alexie** – Projevuje se částečnou nebo úplnou ztrátou schopnosti číst a rozumět psané řeči, tj. poruchou percepce písma. Jedná se o získanou poruchu čtení.

**Agrafie** – Projevuje se ztrátou schopnosti produkovat psanou formu jazyka za účelem řečové komunikace. Mimo jiné Papathanasiou (2013) konstatuje, že rehabilitace je zaměřena především na afázii a problematika agrafie je upozaděna. Důvodem upozadění Papathanasiou jmenuje to, že mluvená řeč je hlavním dorozumívacím kanálem, zatímco psaní je považováno za sekundární možnost se dorozumět.

---

<sup>3</sup> Strukturální a vizuální reprezentace daného předmětu.

<sup>4</sup> Například jablko – ovoce, červené, sladké apod.

## 6 Terapie afázie

Při afázii dochází nejen k poruše komunikačních schopností, ale je také doprovázená psychickým, emocionálním narušením a narušením volní sféry člověka. Můžeme tedy konstatovat, že je narušená komplexně celá osobnost člověka.

Cséfalvay (In Lechta a kol., 2005) věnuje krátce pozornost historii terapie afázie. Již v 19. století se Broca a Wernicke pokoušeli při svých objevech položit teoretický základ terapii. Avšak můžeme říci, že velká pozornost terapii afázie byla věnována až ve století 20., v období po první a především po druhé světové válce. Důvod byl prostý, v tomto období totiž přibýlo velké množství jedinců, kteří utrpěli poškození mozku (úrazy apod.). Na základě toho, se začala formovat afaziologická centra, pracoviště, kde se rozvíjela terapie. Začaly tedy vznikat tzv. afaziologické školy, mezi ty nejznámější řadíme především Bostonskou školu, ruskou neuropsychologickou apod.

O oblast terapie afázie jeví a jeví pozornost mnozí odborníci z různých vědních oborů. Mezi prvními, kteří se začali zajímat o terapii, byli neurologové, patologové. Dále se k nim přidávali psychologové, logopedi, jazykovědci, fyzioterapeuti a jiní. Na čem se všichni odborníci v pojetí terapie afázie shodují, je, že se snaží vytvořit vědecky podložené metodologické rámce – teorie terapie. Teorie by měla být rozpracovaná tak, aby obsahovala a jasně formulovala teoreticky podložené principy, techniky a strategie terapie. Jak ale Cséfalvay uvádí (In Lechta a kol., 2005), dodnes není tento proces budování teorií zcela dokončen, spousta otázek je ještě nezodpovězena.

S časem se také změnil samotný přístup k terapii, dříve byla terapie cílena především na afázii jako nemoc, poruchu, důraz byl kladen na samotné postižení a byla vyvíjena snaha, co nejefektivněji a nejrychleji odstranit narušení. V dnešní době se však terapie ubírá novým směrem, pozornost je věnována především osobě s afázií, jejímu blízkému okolí a v neposlední řadě je věnována také psychosociálnímu rozměru afázie. Kdy je snahou pozitivně ovlivnit kvalitu života afatika a jeho blízkého okolí. (Klenková, 2006)

Na terapii afázie by se měl podílet tým odborníků, tak aby byla zajištěna komplexní péče, rehabilitace afatika. V týmu odborníků by neměl chybět zástupce z oboru lékařství, fyzioterapie, psychologie, logopedie a další.

Problematika terapie afázie je velmi obsáhlá, na samotném začátku bychom si měli obecně zodpovědět otázky, na které Papathanasiou (2013) odpovídá:

### **Co je terapie?**

Autor rozděluje terapii na přímou a nepřímou. Za přímou terapii považuje léčbu „jeden na jednoho“ nebo „tváří v tvář“, tj. pacient – logoped. Při výběru terapie záleží na určení si samotného cíle terapie a podle toho si také volíme přístup k ní. Samotná terapie by se měla zaměřit na redukci a překonání obtíží, které jsou spjaté s afázií. Terapie má snahu zlepšit jazykové funkce (lepší porozumění, lepší výbavnost slov...) a taktéž resocializaci jedince. Terapie afázie (rehabilitace) je fascinující, složitá, náročná práce. Pro klienta s afázií může být považována za životně důležitou. Terapeutovi samotnému, pak může dobře odvedená a efektivní terapie nabídnout příjemný pocit profesního uspokojení.

### **Kdo je cílem terapie?**

V centru pozornosti terapie by měla stát osoba postihnutá afázií. Papathanasiou (2013) upozorňuje, že pozornost bychom měli věnovat taktéž lidem z okolí jedince. Afázie ovlivňuje především kvalitu života postiženého jedince, ale určitým způsobem má taktéž efekt na blízké osoby afatika. Proto bychom měli pomoc nabídnout taktéž rodinným příslušníkům, přátelům, kolegům, zdravotnickému personálu. Tito lidé jsou velmi důležití pro afatika, pokud jim poskytneme dostatek informací o postižení, poskytneme informace a poradenské služby ohledně toho, jak komunikovat a celkově pracovat s afatikem, budou nesmírnou oporou při samotné terapii a taktéž prevencí proti depresím, úzkostem.

### **Co je cílem terapie?**

Za cíl autor považuje poskytnout takovou péči, která se zaměřuje na zlepšení, odstranění poškození v řečové komunikaci. Tak aby byl afatik schopný se opět aktivně zapojit do sociálního života.

### **Kdo rozhoduje o výběru terapie?**

V první řadě autor píše, že terapii musí vést odborník – logoped expert. Logoped má totiž za sebou komplexní, adekvátní vzdělání, které mu umožňuje rozumět jazykovým procesům, symptomům afázie, takže je schopen diagnostikovat, vyhodnotit a vést léčbu

afázie. Někteří klienti afatici nechávají volbu terapie čistě na logopedovi, někteří se aktivně spolupodílejí. Ze zkušeností vyplývá, že aktivní spolupodílení klienta na terapii má lepší výsledky.

### **Kdy afatici potřebují pomoc?**

Klienti afatici a jejich blízcí mohou potřebovat pomoc v prvních dnech vzniku afázie, a pokud je potřeba, tak rehabilitace může trvat i několik let po vzniku. Laska, Hellblom, Murray (In Papathanasiou a kol., 2013) v rámci výzkumu zjistili, že 43 % lidí, kterým byla diagnostikována afázie, mají stále velmi výrazné obtíže i po 18 měsících od vzniku. Ačkoliv se některé symptomy mohou v rámci terapie zlepšit, významná část symptomů afázie zůstává po zbytek života. Je důležité proto těmto klientům a blízkým poskytnout dostatečnou pomoc, poradenství. Formou individuální terapie a taktéž snahou znovu začlenit afatika do společnosti. Logoped by měl klientovi i jeho blízkým poskytnout informace ohledně další možné rehabilitace v občanských sdruženích, klubech, neziskových organizacích. Logoped by měl poskytnout kontakty afatikovi na lidi s podobnými problémy, kdy si klienti a rodinní příslušníci mohou navzájem vyměňovat zkušenosti, zážitky, rady. Tím budeme předcházet sociální izolaci klienta.

### **Kdy je potřeba začít s terapií?**

Afázie je obvykle diagnostikována velmi brzy, v akutním stádiu po CMP. Osoba se za prvé vypořádává s nečekaným traumatem v podobě proběhlé mozkové příhody a za druhé se musí vypořádat s neschopností použít jazyk pro porozumění toho, co se stalo, nebo není schopna vyjádřit své zdravotní potřeby či své emoce. Proto je potřeba s terapií začít co nejdříve, jakmile je pacient po proběhlé CMP stabilizován. V tu chvíli se začíná tvořit intervenční program zacílen na rehabilitaci komunikativních, jazykových schopností, které byly ztraceny.

### **Jak často rehabilitovat?**

Optimální „dávka“ terapie je stále neznámá, k terapii každého jedince musíme vždy přistupovat individuálně, každému jedinci vyhovuje něco jiného (pracovní tempo, intenzita terapie apod.). Již v 60. letech minulého století Schuell (In Papathanasiou a kol., 2013) razí představu, že poskytnutí intenzivní léčby zlepši rekonvalescenci ve větší míře než postupně rozložené cvičení. V dnešní době již výzkumy taktéž potvrzují (Kleim, Jones, 2008; Raymer a kol., 2008 In Papathanasiou a kol., 2013),

že intenzita a „dávkování“ terapie jsou rozhodujícími faktory pro efektivitu léčby, terapie. Autoři tvrdí, že zejména princip „use it or lose it“, navrhuje, že intenzivnější terapie přináší lepší rekonvalescenci komunikačních, jazykových schopností. Obecně můžeme říci, že dvě a více hodin terapie týdně přináší větší změny, lepší výsledky než léčba menší intenzity. Taktéž můžeme pozorovat rozdíly v léčbě v chronickém stádiu afázie, pokud je terapie intenzivní, afatikovi přináší lepší výsledky v komunikačních, jazykových schopnostech.

### **Jak terapii vést?**

Toto je základní otázka každého terapeuta-logopeda na začátku terapie. Terapie pro každého jednoho klienta afatika musí být „šitá na míru“, záleží na konkrétní osobě, na rozsahu a lokalizaci léze a dalších faktorech. I přesto se používá zažitý postup nebo série kroků, které můžeme zobecnit. Při konkrétním případě se pak jednotlivé kroky specifikují. Worrall (In Papathanasiou a kol., 2013) uvádí pět kroků terapie a dodává, že tyto kroky jsou opakovány tolikrát, kolikrát je to potřeba:

- Shromáždění a sdílení informací;
- společně vytyčené cíle;
- zhodnocení před samotnou terapií – diagnostika;
- terapie;
- nové hodnocení, přehodnocení.

### **Kdy terapii ukončit?**

Dříve existoval názor, že veškerá péče o osobu s afázií by měla být prováděna v rozmezí prvních šesti až dvanácti měsíců po mozkové příhodě. Léčba by pak byla ukončena ve chvíli, kdy se stabilizuje výkon afatika v jazykových schopnostech. V dnešní době se však od tohoto názoru upouští, a to ze dvou jasně doložitelných faktů. Za prvé, výzkum, zabývající se neuroplasticitou mozku, tvrdí, že znovuoobnovení funkcí v rámci neuroplasticity mozku může trvat i několik let po CMP (Meinzer In Papathanasiou, 2013). Za druhé, z pohledu modelu chronického onemocnění se uznává, že důsledky CMP nemohou být všechny kompletně zrehabilitovány, překonány v rozmezí prvních šesti až dvanácti měsíců po mozkové cévní příhodě, obtíže budou přetrvávat. Velmi často se tak stává, že pacient afatik propuštěný z nemocnice domů začne objevovat omezení, která mu afázie způsobila. Proto i osoba s afázií propuštěna

domů potřebuje profesionální péči, aby se vyvarovala depresivním pocitům a aby jí byla usnadněna sociální, komunitní integrace. Terapie i mnoho let po proběhlé CMP přináší zlepšení jazykových schopností. Proto je nezbytné poskytnout afatikovi možnost účastnit se terapií, sezení v různých organizacích, spolcích či docházet na individuální terapeutické sezení k logopedovi. Pokud svou práci dobře odvede jak logoped, organizace, okolí nejbližších a afatik se cítí jistý v komunikačních situacích, můžeme konstatovat, že terapie dosáhla cíle a klient se může „propustit“ z vedené rehabilitace. Může se vrátit zpět do svých dřívějších sociálních rolí, může akceptovat role nové, zapojit se do aktivit, posilovat stávající sociální vztahy a tvořit si nové sociální vazby, to vše za přijetí a použití nového jazykového systému, na kterém tak usilovně pracoval spolu s terapeutem, blízkými apod.

### **Teoretické podklady k terapii afázie**

Cséfalvay (2007) samotnou terapii rozděluje na tři různé roviny, podle klasifikace IDH.<sup>5</sup>

- V terapii se zaměřujeme na obnovení narušené funkce. Pozornost logopeda se ubírá na konkrétní narušené jazykové funkce (čtení, pojmenování...). Postup práce je zaměřen na stimulaci nebo reedukaci té které narušené funkce. Jako příklad lze jmenovat kognitivně-neuropsychologický přístup. Předpokladem je, že obnova (i částečná) funkce zmírní dopad na komunikační schopnosti.
- Terapie, která je zaměřena na narušenou komunikační schopnost, se považuje za komplexnější, neorientuje se pouze na konkrétní jazykové funkce – izolovaně. Terapie se snaží podpořit kompenzační mechanismy (samotné izolované funkce mohou být nadále narušeny), tak aby byla možná sociální komunikace jedince. Příkladem může být trénink konverzace afatika a jeho partnera, použití kresby jako možnost dorozumět se, mluvená řeč doplněná o gesta, psaní.
- Terapie zabývající se možností zmírnit následky postižení (narušenou komunikační schopnost). Jazykové deficity sebou nesou i negativní psychosociální důsledky, dokonce až sociální izolaci. Terapie se tedy zaměřuje na maximální možné zmírnění těchto psychosociálních důsledků. Jako příklad uvádíme skupinovou terapii afázie, kdy je klient zařazen do kolektivu. Účastníci

---

<sup>5</sup> Klasifikace Světové zdravotnické organizace (WHO).

se navzájem podporují, vyměňují zkušenosti, vyjadřují své potřeby, pocity, myšlenky.

Huber, Springer a Willmes (In Cséfalvay a kol., 2007) rozdělují terapii na tři základní etapy.

1. Aktivační fáze – především se snažíme aktivovat řeč klienta. Používáme techniky přímé nebo nepřímé stimulace. Terapie se zaměřuje na funkční systémy, které byly narušeny.
2. Symptomově-specifická fáze – v této etapě se využívají především lingvisticky orientované přístupy. Cílem je reedukace narušených jazykových schopností a kompenzačních lingvistických strategií, reaktivace narušených jazykových modalit.
3. Konsolidační fáze – zde se zařazují postupy jako trénink konverzace, používání gest apod. Aplikujeme postupy, které nám pomáhají doplnit nebo udržet ty lingvistické znalosti, které se získaly v etapě předchozí.

### **Možnosti zajištění logopedické péče**

Ve stručnosti se zmíníme o místech, kde terapie probíhá, jak přistupovat ke klientům apod. Neubauer (2007) se shodují s Papathanasiousem (2013), že v prvních měsících po mozkové příhodě a následně vzniklé poruše by měla být terapie vedena velmi intenzivně a především kvalifikovaně. Na znovuoobnovení funkcí se podílí tým specialistů v rehabilitačních ústavech, v lázních, v léčebnách dlouhodobě nemocných. V postakutním stádiu je péče poskytována v rámci neurologických, interních nebo rehabilitačních oddělení nemocnic. V tomto období, kdy je afatik v péči zdravotníků, je nesmírně důležité, aby terapii vedl plně kompetentní logoped, jeho role se dá označit za klíčovou. Po propuštění z nemocnice, či jiného zařízení se doporučuje dále navštěvovat ambulantní pracoviště klinické logopedie, kluby či organizace pomáhající lidem s afázií. Zde však nastává problém se samotnou mobilitou afatika. Mnohdy nemá možnost navštěvovat terapie, proto se pomalu v našich podmínkách konají i terénní výjezdy do domácího prostředí afatika.<sup>6</sup> (Neubauer a kol., 2007, Papathanasiou a kol., 2013)

---

<sup>6</sup> Pořádá například občanské sdružení Klub afasie v Praze.

## 6.1 Efektivita terapie

Aby terapie byla co nejvíce efektivní, musíme znát a ovládat ověřené metodiky a především přistupovat ke každému klientovi afatikovi individuálně při hledání optimální kombinace terapeutických technik. U dospělých klientů je potřeba také věnovat pozornost hledání vhodných motivačních sil, terapeutických postupů a v neposlední řadě materiálů. Terapeut-logoped by měl afatikovi prezentovat metody práce a osvětlit postup práce tak, aby afatik pochopil, že obnovování narušené komunikační schopnosti je souvislá, dlouhodobá, pravidelná a důsledná práce. Nesmíme zapomenout ani na další činnost logopeda, tou je poradenská a informativní práce jak s afatikem, tak jeho blízkými. (Neubauer a kol., 2007)

„Je terapie efektivní?“, tuto otázku si klade každý terapeut i blízká osoba člověka s afázií. Na problematiku efektivy terapie odpovídají závěry z více než dvou set výzkumů, které shledávají v intervenci pozitivní změny. Podrobný přehled výzkumů můžeme dohledat u Holland a Beeson, 1995; Holland a Thompson, 1998. (Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

U efektivy hrají roli především dva faktory, které mají na výsledek terapie největší vliv. Jedná se o závislou proměnnou, kterou je povaha jazykových obtíží (porucha pojmenování, porozumění atd.) a nezávislou proměnnou, za kterou považujeme terapeutickou techniku (buď konkrétní technika, nebo směr terapie). V dřívějších podkapitolách jsme uváděli dva nejvíce preferované směry v terapii. Z nich vycházíme při samotném zjišťování efektivy. V dnešní době preferujeme především zaměřit terapii tak, aby byly jasně viditelné pozitivní účinky terapie na funkční komunikační schopnosti klienta (pragmaticky orientovaná terapie). (Cséfalvay a kol., 2007; Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

### Mapování efektivy terapie

Při mapování efektivy si terapeut musí položit několik otázek, ze kterých pak pokračuje nebo mění strategie terapie, vyvozuje závěry:

- Přináší cílená terapie oproti spontánní úpravě jasné důkazy o zmírnění fatických poruch?
- Změny, které se odvíjí od terapie, jsou adekvátní vůči vykonané snaze, finančním nákladům spojených se zabezpečením kvalifikovaného terapeuta?



- Jaké intervenční techniky se osvědčily jako nejúčinnější? (Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

Při zjišťování efektivity terapie se snažíme porovnat skupinu klientů před a po terapii, skupinu účastníků terapie a skupinou klientů, kteří terapií neprošli. V neposlední řadě porovnáváme různé terapeutické postupy v terapii, o různé délce a intenzitě. (Cséfalvay a kol., 2007)

## **6.2 Terapeutické strategie**

V současných podmínkách se v terapii afázie uplatňují především dva dominující směry. První směr se zabývá analýzou deficitů v jazykových procesech a procesích s ním spojených. Oblastí zájmu je snaha o obnovu nebo kompenzaci těchto jazykových procesů. Přístup, který se orientuje tímto směrem, nazýváme kognitivně-neuropsychologický. Pozornost druhého směru je více věnována nácviku funkční komunikace a komunikačnímu kontextu než lingvistickému obsahu. Tento přístup označujeme za pragmaticky – funkcionálně orientovaný. (Klenková, 2006; Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

### **6.2.1 Kognitivně-neuropsychologický přístup**

V kapitole „diagnostika afázie“ jsme objasňovali základní principy kognitivně-neuropsychologické teorie. Pro jasné pochopení této teorie přikládáme schéma modelu a citujeme komentář, který nám pomůže přesně pochopit jazykové procesy. Konkrétně se pokusíme ilustrovat, jak se vysvětluje proces pojmenování.

V rámci této teorie si logoped tvoří hypotézu o tom, kde se nachází léze a identifikuje intaktní a poškozené moduly v rámci modelu jazykových procesů. Z této hypotézy pak logoped vychází a plánuje terapii. Přípravuje si sérii úloh, rozdělené na jednotlivé kroky, terapeutický materiál a definuje si strategie, které bude v terapii používat. Tento postup je pak nejvíce využíván u poruch pojmenování, čtení a psaní. (Cséfalvay a kol., 2007)

Na základě důkladného vyšetření a vypracování hypotézy o místě a charakteru léze, logoped tvoří postup pro terapii. U samotného plánování terapie je potřebné, aby logoped získal informace o narušené komunikační schopnosti afatika a mozkové lézi, vytvořil si hypotézu o předpokládaném narušení, realizoval vyšetření a zanalyzoval

výsledky vyšetření, vytvořil přesný postup terapie pro nápravu narušení, plánoval analýzu výsledků v průběhu a po ukončení terapie. Tyto postupy pak považujeme za facilitační a stimulační techniky, kdy je jejich cílem využít transfer, který ovlivňuje to, že pokud se zmírní obtíže v určité modalitě (např. pojmenování), tak dojde k zlepšení komunikace s okolím. (Cséfalvay a kol., 2007; Neubauer, 2007)

### **Terapeutické postupy u kognitivně-neurologického přístupu**

#### **Melodicko-intonační terapie**

Terapie je určena především osobám s motorickou afázií (Brocova apod.). To znamená, že osoba s afázií musí mít zachovalou schopnost rozumění řeči a taktéž schopnost reprodukce, imitace melodie. Terapií rozvíjíme správnou intonaci krátké mluvní fráze a potažmo funkční komunikaci obecně. Pokud je terapie účinná, jsme schopni navodit u klienta určitý ohraničený okruh větných sdělení ve spolupráci s melodickou strukturou věty, doprovázenou rytmickým pohybem ruky. (Cséfalvay, Traubner, 1996)

Při užití této terapie vycházíme z faktu, který je znám již velmi dlouhou dobu. Tedy, že schopnost zpívat či recitovat text známé písně, básně je zachovalá i při jinak výrazném narušení produkce řeči. Klasickou interpretací tohoto jevu je, že zpíváním se aktivizuje spíše pravá hemisféra. Při samotné mluvě se pak aktivizuje levá hemisféra, která bývá právě u afatiků poškozena. Z tohoto elementárního rozdělení vyplývá, že afatici s lézí v levé hemisféře, budou schopni zpívat texty známých písní, které se naučili ještě před samotným vznikem mozkového onemocnění. (Cséfalvay a kol., 2007)

#### **Tlumení perseverací**

O perseveracích jsme se již zmiňovali u symptomatologie, jedná se o opakování stejného mluvního prvku na více podnětů za sebou. Cílem terapie je vyvolat sebekontrolu při řečovém projevu, aby se frekvence perseverací snížila. Za princip práce pak považujeme navození vědomé sebekontroly u počátků vlastní produkce řeči. Postup práce spočívá v použití různých forem kompenzací. Mohou to být prodloužené pauzy mezi ukázáním a pojmenováním, využití gest, kresby, počátečního písmene, dokončování vět. (Cséfalvay, Traubner, 1996)

**Dále zařazujeme specifické terapeutické postupy, které se používají při výrazných poškozeních expresivní složky řeči:**

## **Kresba**

Použití kresební techniky se nejvíce osvědčuje u osob s těžkým stupněm afázie, při výrazném narušení expresivní řeči. Kreslení se osvědčilo již dříve, je opakovaně používáno a v literatuře častokrát popisováno. (viz Lyon a Sims, 1989; Lyon a Helmová – Estabrooksová, 1987; Hunt, 1999; Sachett, Byng, Marshall a Pound, 1999 In Cséfalvay a kol., 2007)

Z prováděného výzkumu (Sachett, Byng, Marshall a Pound In Cséfalvay a kol., 2007) bylo zjištěno, že po ukončení terapie je použití kresby v komunikaci efektivnější. Kresba osoby s poškozením levé mozkové hemisféry je charakteristická svou jednoduchostí, je bez detailů (až primitivní kresba), jsme však schopni rozpoznat konfiguraci a formu.

Princip interaktivní kresby spočívá v ekonomice kreslení, nutnosti efektivně zapojit konverzačního partnera při podpoře a posílení vzájemné spolupráce, důležité je využívat kresbu v přirozeném komunikačním kontextu – konverzaci. (Cséfalvay a kol., 2007)

## **Vysoce automatizované formy řeči (VAF)**

Lezak (In Cséfalvay a kol., 2007) verbální automatismy považuje za materiál, který jsme se naučili v dětství a opakovaně jej používáme bez přemýšlení a námahy během života jako přesnou a automatickou reakci. Za automatismy můžeme považovat určitou číselnou řadu, dny v týdnu, měsíce, roční období, abecedu, určité praktické fráze a jiné.

Automatismy mohou dále vznikat při funkčním spojení s často se opakujícími situacemi. Tímto opakováním se spoje hluboce fixují, až se zautomatizují. Principem terapie je převod mimovolní produkce řeči na volní řeč. (Lurijs In Cséfalvay a kol., 2007)

Terapie s použitím VAF je vhodná pro osoby v akutní, subakutní, chronické fázi afázie, i těch nejtěžších typů. (Košťálová In Cséfalvay a kol., 2007)

Konkrétní terapeutické postupy se zaměřují na stimulaci schopnosti produkce slov a poté odpovídající pojmenování. Košťálová uvádí příkladem postupy:

- Multimodální stimulace vysoce automatizovanou formou řeči – série 1-5. Trénink je pak dělen dále na (Košťálová In Cséfalvay a kol., 2007, s. 60):

- *stimulaci automatické produkce slov v sérii a stimulaci k uvědomění si pozice prvku v automatizované sérii;*
- *stimulace k adekvátní produkci izolovaných prvků v rámci automatizované série;*
- *fixování schopnosti pojmenování izolovaných prvků.*
- Multimodální stimulace vysoce automatizovanými sériemi – časové pojmy, které dále probíhá v níže uvedených etapách (Košťálová i n. Cséfalvay a kol., 2007, s. 64):
  - *stimulace automatické produkce slov v sérii;*
  - *stimulace k uvědomění si pozice prvku v automatizované sérii;*
  - *stimulace k adekvátní produkci izolovaných prvků automatizované série;*
  - *sémantická facilitace (kategorizace, vyřazení distraktoru).*

Poslední postup, o kterém bychom se chtěli ve zkratce zmínit je neurolingvistický přístup k terapii na úrovni vět.

### **Neurolingvistický přístup k terapii na úrovni vět**

Tomuto přístupu se afaziologie dosud věnuje jen okrajově, ačkoliv větu považujeme za základní komunikativní jednotku. Mnohem větší pozornost je věnována terapii na úrovni slova, kdy se právě na této úrovni zlepšují příznaky afázie. Terapie má však smysl jen pro osoby s afázií, u kterých můžeme konstatovat, že mají problémy s porozuměním, produkcí větších celků, například vět a procesy na úrovni slova považujeme za intaktní. Přístup se aplikuje u osob s tzv. agramatismem. (Cséfalvay a kol., 2007)

V první řadě je potřeba agramatismus nezaměnit s paragramatismem. Při agramatismu Kleist uvádí, že dochází k vynechávání gramatických morfémů a pomocných gramatických slov. U paragramatismu probíhá záměna. Obecně se agramatismus spojuje s nonfluentní řečovou produkcí, tedy s osobami s Brocovou afázií (kdy se léze nacházejí v předních oblastech mozku). (Cséfalvay a kol., 2007)

Projevy agramatismu pozorujeme v oblasti produkce řečové komunikace, tak také v oblasti porozumění.

- Produkce – horší produkce sloves ve srovnání s produkcí podstatných jmen, vynechávání gramatických slov, nonfluentní řeč, namáhavá až těžkopádná artikulace.
- Porozumění – problém s porozuměním u vět reverzibilních a u vět s nekanonickým pořadím tematických rolí.<sup>7</sup> (Cséfalvay a kol., 2007)

Vhodnost terapie je potřeba individuálně zhodnotit u každého afatika, Thompsonová (In Cséfalvay a kol., 2007) uvádí oblasti, které by nás měly zajímat:

- je osoba s afázií schopna porozumět větám;
- porozumí a produkuje slovesa a jejich argumentační strukturu;
- produkuje věty;
- je spontánní řečová produkce?

### **6.2.2 Pragmatický – funkcionálně orientovaný přístup**

V odborných publikacích se uvádí, že pragmatická jazyková rovina afatika je zasažena nejméně, oproti ostatním jazykovým rovinám,<sup>8</sup> je poměrně zachována. Relativně funkční pragmatická rovina je i u osob s nejtěžšími případy afázie, tedy globální afázií. Díky tomuto poznatku je snahou terapeuta-logopeda podpořit u osoby s afázií úspěšné užívání používaných komunikačních strategií, vyhnout se těm strategiím, které jsou kontraproduktivní a přinést a naučit nové komunikační strategie, které doposud afatikovi chyběli v jeho repertoáru. (Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

Pragmatický přístup zdůrazňuje známý fakt, že osoby s afázií, ačkoliv mají těžké řečové poruchy, tak dokáží celkem úspěšně komunikovat se svým okolím. Z toho také vyplývá princip přístupu, který je zaměřen na stimulaci právě pragmatické roviny, na úspěšnou komunikaci s konverzačním partnerem. (Neubauer a kol., 2007)

Hollandová uvádí, že při systematickém pozorování sociální komunikace osob s afázií bylo zjištěno, že komunikační schopnosti afatika jsou zasaženy, oproti jiným jazykovým komponentům, nejméně. Jsou schopni komunikovat, ačkoliv mají osvojen relativně úzký repertoár komunikačních strategií. Taktéž celkem efektivně při komunikaci využívají kompenzační komunikační strategie. (In Lechta a kol., 2005)

<sup>7</sup> Reverzibilní věta: „Lovec pronásleduje lva. Lev pronásleduje lovce“ In Cséfalvay a kol., 2007.

Nekanonické pořadí: „Děvčátko češe máma“ In Cséfalvay a kol., 2007.

<sup>8</sup> Foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická.

Cséfalvay (2007) se snaží vystihnout podstatu pragmatického přístupu, terapie. Tato terapie nemá za cíl působit terapeuticky na jednotlivé izolované jazykové problémy. Snaží se především zlepšit funkční komunikaci osob s afázií tak, aby docházelo ke zmírnění důsledků jazykového narušení na komunikaci jako celku.

Pragmatická terapie se odlišuje taktéž způsobem, jakým je zapojen sám klient afatik. U tohoto směru terapie se klient aktivně spolupodílí na stanovení cílů a výběru úkolů. V průběhu komunikace dochází ke střídání rolí mezi klientem a terapeutem (jako v přirozené konverzaci). V komunikaci se pak toleruje jakýkoliv způsob dorozumívání, kdy se může jednat o řeč mluvenou, psanou, gesta, kresbu či libovolnou kombinací zmíněných, akceptujeme taktéž produkci agramatickou nebo fonologické parafrázie. (Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

### **Pragmaticky orientované terapeutické techniky**

#### **PACE = Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness**

(Pomoci pacientům s afázií zefektivnit jejich komunikaci)

Tato technika je zaměřena na zefektivnění komunikace afatiků. Podstata spočívá v tom, že se modeluje určitá přirozená situace, při které nastává výměna nové informace. Informace jsou střídavě vysílány klientem a terapeutem, kdy oba účastníci mají volný výběr z různých komunikačních modalit (gesta, psaní, mluvená řeč, kresba apod.). Jako zásadní se označujeme to, že nejde o pouhé schválení výkonu klienta terapeutem, za klíčové se považuje výměna informace mezi účastníky. Za přirozenou zpětnou vazbu pak považujeme porozumění informace. (Cséfalvay, Traubner, 1996)

#### **Konverzační trénink, podpůrná konverzace**

Tento postup je celkem rozšířenou technikou, který má za cíl stimulovat pragmatickou rovinu komunikace. Postup vytvořila paní Hollandová (1997), která podporuje pragmaticky orientovanou terapii. Taktéž dámy Kaganová, Galeyová se považují za autorky tzv. podpůrné konverzace. (Cséfalvay a kol., 2007; Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

O podporované konverzaci autorky hovoří tak, že je nesmírně důležité poskytnout lidem z afatikova okolí dostatečné informace o problémech spojených s tímto postižením. Konverzační partneři musejí být určitým způsobem připraveni. Připravenost

komunikačních parterů autorky přirovnávají k tzv. rampám, které umožňují klientům afatikům přístup k místům, kam by se dříve nedostali, a tím se jim rozšiřuje kompetentnost řešení vlastních životních otázek. Samotná příprava komunikačního partnera klade dále důraz na přesvědčení o kompetentnosti afatika. (Cséfalvay a kol., 2007)

Cílem samotného tréninku je zkvalitnění komunikace mezi afatikem a komunikačním partnerem, kdy se snažíme, aby byl afatik, při vysílání informace, schopen efektivně využívat kompenzační komunikační strategie. Rádi bychom ve stručnosti popsali, jak takový trénink v praxi vypadá. Úplně na počátku je potřeba vytvořit scénář, který se skládá z vět (6 - 8) a na jeho přípravě se podílí terapeut ve spolupráci s afatikem. Scénář identifikuje ty nejpodstatnější informace, které jsou systematicky seřazené. Úkolem scénáře je poskytnout pomoc afatikovi, pokud nastanou obtíže u vysílání informace (perseverace, nevýbavnost pojmu), například se jedná o využití napsání klíčového slova, věty, schématické znázornění. Logoped afatikovi navrhuje, jakou strategii použít, pokud hrozí obtíže. Scénář si pak afatik s terapeutem několikrát nacvičují. Po nácviku, je k terapii pozván příbuzný. Afatik má za úkol příbuznému sdělit téma, které příbuzný předem nezná. Pokud při vysílání zprávy dojde u afatika k obtížím, po ruce je logoped, který pomáhá afatikovi uplatnit nacvičené kompenzační komunikační strategie. Poté logoped příbuznému osvětluje, jak a kdy je vhodné využít tyto kompenzační strategie u afatika. Celý nácvik by měl být zdokumentován a následně rozebrán za účelem zlepšení vzájemné komunikace. Kaganová, Galeyová (1993) upozorňují, že by konverzační trénink měl být prováděn s více komunikačními partnery. Měli by se zapojit lidé z takového okruhu, kteří jsou a budou pro afatika důležití v dalších etapách života. (Cséfalvay, 2000; Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

### **Terapie s využitím neverbálních komunikačních prostředků**

Tuto terapii využíváme u těch klientů afatiků, u kterých jsou trvalé výpadky ve schopnosti předávat informace verbální cestou, tak také v oblasti porozumění pokynům, obecně řeči. Jedná se zejména o osoby s globální afázií či afatiky s těžkými fatickými, motorickými poruchami. Radíme zde používání symbolů, gest, pojmové kresby, piktogramy. Dále stimulační programy, které využívají oblast neverbální komunikace (vizuálně-akční terapie, posunky a jiné). (Neubauer a kol., 2007)

Cséfalvay (2000, 2005) se zmiňuje o jedné z pomůcek, které se využívají v Torontu, v centru pro terapii osob s afázií. Jedná se o pomůcku, která pomáhá ve vzájemné komunikaci. Podstata spočívá ve využití speciálního obrázkového materiálu – komunikační kniha pro afatiky. Kniha je tvořena černobílými piktogramy (je jich několik set). Jinými slovy se jedná o využití principu augmentativní a alternativní formy komunikace.

**Obrázková – komunikační pomůcka** je tedy určena především osobám s expresivními obtížemi v řeči. Tak aby mohla být tato pomůcka efektivně využívána, je potřeba metodicky zacvičit komunikačního partnera. Samotný zácvik, v rámci případové studie (Kubošiová, Cséfalvay In Lechta a kol., 2005), byl rozdělen na postupné kroky, které byly určeny podle cíle, kterého se mělo dosáhnout.

- Identifikace obrázků;
- vyhledávání rozstříhaných kopií obrázků zobrazených v pomůcce;
- zacvičení komunikačního partnera;
- konverzování afatika a partnera při vyhledávání obrázků;
- Přirozený konverzační kontext.

### **Skupinová terapie**

Terapie pragmaticky orientovaná se nejlépe realizuje právě ve skupinové terapii. Dříve na skupinovou terapii nebyl kladen takový důraz (pouze v období mezi a po druhé světové válce byly tyto snahy výrazné), ale nyní je snahou terapeuta afatika začlenit do skupinové terapie, jakmile mu to jeho zdravotní stav dovolí. Skupinová terapie má celou řadu výhod, k těm nejvýznamnějším řadíme socializaci člověka, navazování nových sociálních vztahů, trénink komunikačních strategií, sdílení emocí, přání, zkušeností, problémů. U skupinové terapie se doporučuje počet pět, šest klientů. Tato skupina přirozeným způsobem, v přirozeném, autentickém a podpůrném prostředí, stimuluje interakci mezi klienty, tím rovněž rozvíjí pragmatické dovednosti účastníků. Skupina mimo jiné umožňuje komunikaci s různými lidmi, tím si afatik rozšiřuje dovednost funkční komunikace. V neposlední řadě skupinová terapie poskytuje podpůrné prostředí stimulující komunikaci<sup>9</sup> mezi členy a posiluje psychosociální

---

<sup>9</sup> Může se jednat o různé formy komunikace.



integraci účastníků, přímo i nepřímo. (Cséfalvay a kol., 2007; Cséfalvay In Lechta a kol., 2005, Elman, 1999)

Kulišťák (1997) dodává, že skupinová terapie afázie je obecně zaměřena na stimulování všech psychických funkcí. Je zaměřena na zlepšení schopností a rozvoj v oblasti paměti, pozornosti, percepce, verbálního vyjadřování, psaní, čtení.

Ve skupinové terapii se využívají různé terapeutické techniky. Často uváděnou je PACE, konverzační trénink. Do skupinových aktivit zařazujeme například hraní rolí, simulování reálných situací, tvorba památníku, přirozená diskuse ve skupině na určité téma, společenské hry, využívání fotografií, obrázků apod. Cséfalvay (2005) klade důraz na schopnosti terapeuta, které jsou vysoce ceněné v terapii. Zkušený terapeut-facilitátor spolu s pomocníkem (studentem), by měli terapii vést tak, aby podporovali konverzaci mezi účastníky a jiné aktivity, maximalizovali efektivnost komunikace, podpořili vzrůstající nezávislost skupiny, učili nové komunikační strategie, povzbuzovali a podporovali členy skupiny a snažili se vytvořit pozitivní naladění ve skupině. (Cséfalvay In Lechta a kol., 2005)

### 6.3 Osobnost terapeuta

Logoped, afaziolog, který se terapeuticky věnuje osobám s afázií, by měl být expertem ve svém oboru, měl by vést odbornou a plně kvalifikovanou péči. Na druhou stranu také musí být velmi empatický, vcítit se do osobnosti klienta, být mu oporou a motivací při intenzivní terapeutické péči. (Papathanasiou a kol., 2013)

Neubauer píše, že pro efektivní terapii je potřeba, aby terapeut přistupoval k terapii komplexně a snažil se o:

- *„Zapojení nepřímých metod odblokování porušených funkcí a zapojení rytmicko-melodické stimulace podle typu afázie;*
- *Obnovování porušených funkcí od zachovaných celků, užití větných konstrukcí, dějových posloupností v oblasti obnovování expresivní řeči;*
- *Propojení postupů při obnovování rozumění a mluvy – čtení a psaní – verbální paměti v průběhu rehabilitačního programu;*
- *Zohlednění typu fatické poruchy při volbě cíle a zaměření metod terapie;*

- *Zapojení praktické komunikační situace a výměny informací, užití skupinových sezení;*
- *Užití náhradního komunikačního systému u přetrvávajících těžkých poruch komunikace s okolím*
- *Užití specializovaných pomůcek a počítačových programů pro zvýšení efektivity rehabilitačního programu.“ (Neubauer a kol., 2007, s. 153)*

#### **6.4 Terapeutické materiály, pomůcky**

Obereignerů (2013) poukazuje na možnost využití přístrojové techniky, která afatikům v běžném životě může pomoci. Škála nabídky je velká, od jednoduchých komunikátorů po specializované přístroje. Jednoduché komunikátory pracují tak, že se nahrávají krátké vzkazy, možno také sekvenčně a při potřebě lze tyto fráze použít. Existují taktéž tabulkové komunikátory, určené pro obsáhlejší konverzaci (více vrstev záznamu, více komunikačních kláves) nebo multimediální přístroje nahrávající zvuky, zprávy, fráze. Výhodou je rychlý přístup k často používaným slovům, frázím, možnost automatické kontroly psaného textu také nechybí. Podporovaná je funkce čtečky elektronických knih s možnostmi předčítání.

V našich podmínkách máme vytvořeno, co se množství týče, málo specializovaných terapeutických materiálů, pomůcek, ale na druhou stranu jsou vysoce kvalitně zpracované (na podkladu terapeutické koncepce). Jedná se „Slovník pro afatiky“ od paní Truhlářové, pomůcky a terapeutické metodické grafy od paní Mimrové a v dnešní době aktuální diagnostický a terapeutický manuál s pomůckami od autorů Cséfalvay, Košťálová, Klimešová. Výše uvedené soubory, publikace jsou v terapii využívány formou tištěných pomůcek, pomocí metody „tužka – papír“. (Neubauer a kol., 2007)

Neubauer (2007) uvádí i další možnosti, jak terapeuticky působit. Uvádí možnost využívat k terapii počítačové programy, které kreativně a efektivně působí na terapeutický proces. V českém prostředí byl vytvořen program MENTIO paní Petržílkovou. Tento program se v praxi velmi osvědčil. MENTIO se skládá z několika titulů. Jde o:

- Nakupování
- Slovní zásoba

- MM – úlohy na cvičení paměti
- Skládačky
- Slovesa
- Hádanky
- Zvuky
- Hlas<sup>10</sup>

## 6.5 Organizace podporující osoby s afázií

Skupinové terapie mohou probíhat formou svépomocných skupin nebo v organizacích, které se věnují pomoci a podpoře lidem s afázií. Jen pro přehled bychom zmínili pár těchto sdružení. Některá níže uvedená pořádají tradiční rekondiční pobyty. Rekondiční pobyty jsou souvislé týdenní, dvoutýdenní pobyty, které nabízejí klientům mnoho denních aktivit. Na rekondičních pobytech je zajištěna odborná terapie, na které se podílejí odborníci z různých vědních disciplín. Tradiční tým se skládá z logopeda, fyzioterapeuta, psychologa, lékaře, ergoterapeuta, odborníka na kognitivní aktivizaci a jiné. Na rekondičních pobytech je vytvořen denní plán aktivit a záleží na klientovi, kterých aktivit se bude chtít zúčastnit. Klienti mají také své osobní volno, kdy mohou podnikat výlety v okolí místa pobytu. Místa pro rekondiční pobyty jsou pečlivě vybírána tak, aby splňovala podmínky typu, klidného prostředí v přírodě, bezbariérovosti, dostupné vzdálenosti od centra města, vesnice.

Rekondiční pobyty jsou nabízeny například:

- Sdružením pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách;
- Občanským sdružením ZÁŘE (OS), sdružení pro osoby s poruchami hybnosti.

Možné další organizace, které se zabývají problematikou terapeutické péče o osoby s afázií:

- Občanské sdružení Klub afasie;
- Občanské sdružení LOGO;
- Soukromá klinika LOGO;

---

<sup>10</sup>Programy Mentio. *Počítačové programy Mentio: výukový software pro děti a dospělé se speciálními potřebami* [online]. 2014 [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: <https://www.mentio.cz/mentio/index.htm>

- Cerebrum, sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin.

Různých organizací, sdružení existuje mnohem více, pro základní orientaci tady uvádíme jen některé z možných. Další možnosti terapeutické péče poskytují například neurologická oddělení, která mohou pořádat setkávání afatiků. Postupně rozvíjející se pomocí je tzv. terénní program. Tento program je určen pro klienty, kteří se nemohou vlivem svého postižení dostavit do ambulantní péče logopeda nebo docházet na skupinové setkání. Péče spočívá v tom, že logoped, zpravidla jednou za týden<sup>11</sup>, vyjíždí za klienty do domácího prostředí. Tuto možnost terapeutické pomoci nabízí například občanské sdružení Klub afasie v Praze.

---

<sup>11</sup>Frekvence může být různá, záleží na domluvě s klientem.

## 7 Podrobnější seznámení s Bostonskou klasifikací

Níže popisované charakteristiky jednotlivých typů afázie jsou sumarizací mnoha zdrojů, především jsme však čerpali z:

- Cséfalvay, Košťálová, Klimešová (2002)
- Love, Webb (2009)
- Cséfalvay a kol. (2007)
- Obereignerů (2013) a mnoha dalších.

### Brocova afázie

**Lokalizace:** Léze se nachází v Brocově oblasti (Brodmannova area 44, 45), zasahuje také místa před a za touto oblastí. Dále může zasahovat do postcentrální oblasti kůry dominantní hemisféry či do subkortikálních oblastí frontálního laloku. Osoba s Brocovou afázií je často postihnuta hemiparézou nebo hemiplagií. Tento typ afázie může být dále doprovázen apraxií.

**Produkce, exprese:** Charakteristické je výrazně pomalé tempo řeči, které je ovlivněné přidruženými poruchami, kterými jsou dysartrie a orální apraxie. Spontánní produkce se vyznačuje velmi namáhavou činností, která je omezena jen na jednoslovné odpovědi, popřípadě i kratší věty či udržení jednoduché konverzace. Řeč je neplynulá – nonfluentní, výrazné obtíže nastávají při aktualizaci hledaného slova z mentálního slovníku,<sup>12</sup> v rámci těchto obtíží afatik využívá kompenzační strategii v podobě užití cirkumlokace, dále může produkovat fragmenty slova, záměnu fonémů. S pojmem agramatismus jsme se setkali v teoretické části práce, agramatismus je dalším často se vyskytujícím rysem u Brocovy afázie. Typické je nadužívání podstatných jmen oproti slovesům. Slova neplnovýznamová se objeví ve verbálním projevu zřídka.

**Porozumění, imprese:** V porovnání s expresí je porozumění na lepší úrovni. Může být velmi různé, od téměř normálního po výrazně abnormálního porozumění. V běžném, jednoduchém dialogu se porucha nemusí manifestovat vůbec. Důležitou roli totiž v komunikaci hrají extralingvistické prvky.<sup>13</sup> Problém v dekodování slov, jednoduchých vět se nevyskytuje. Afatik může selhávat až v porozumění složitých větných celků, ve složitější syntaktické konstrukci.

---

<sup>12</sup> Projevem jsou parafázie sémantické, fonémické.

<sup>13</sup> Gesta, pohyby hlavou a dalšími pohyby těla, postoj těla, výrazy tváře, pohledy očí atd.

**Opakování** je vždy narušeno.

**Pojmenování:** U pojmenování konkrétního předmětu, jevu může dojít k „zablokování“ afatika, kdy vyřčené slovo použije neadekvátně i v dalším úkolu.<sup>14</sup> Tzv. konfrontační pojmenování je slabé.<sup>15</sup>

**Psaní, čtení:** Vyskytují se poruchy čtení, psaní. Obtíže ve čtení můžeme pozorovat při vstupu i výstupu. Hlasité čtení spolu s porozuměním textu je většinou špatné. U psaní pozorujeme obtíže ve schopnosti aktualizovat slova z ortografického slovníku. Psaní můžeme označit za slabé, doprovázené vynecháváním písmen, pravopisnými chybami. V důsledku paréz mají někteří afatici schopnost psaní znemožněnou.

### **Globální afázie**

**Lokalizace:** Rozsáhle poškození dominantní hemisféry a subkortikálních oblastí v perisylvické oblasti. Příčin vzniku globální afázie je více, jmenujeme například rozsáhlé krvácení v oblasti frontální, temporální nebo parietální. Tento typ afázie se vyskytuje většinou v iniciálním stádiu nemoci. V kratším nebo delším čase se symptomy mohou zmírnit spontánně nebo farmakologickou cestou. U některých afatiků však tento typ afázie zůstává.

**Produkce, exprese:** Produkce je výrazně narušena. Vyskytují se perseverace slabik, stereotypní opakování neologismů. V počátku onemocnění se afatik nemůže opřít téměř o žádnou efektivní strategii, využití například kresební techniky či psaní taktéž selhává. Mimo jiné obtíže pozorujeme v centrálním zpracování informací.<sup>16</sup> Tím, že je narušen sémantický systém, těžké poruchy se vyskytují u každého modulu výstupu.<sup>17</sup> Afatik může využívat modulovanou fonaci, je také někdy zachovaná schopnost opakování jednoduchých slov, např. nadávky.

**Porozumění, imprese:** Afatik i na nejjednodušší pokyny reaguje neadekvátně, pokud jsou však doprovázeny gesty, tak některé reakce mohou být přiměřené. Pokud je narušen lexikálně-sémantický systém jen částečně, tak ve výkonu afatika budeme pozorovat, že je schopen občas reagovat na pokyny i bez doprovodu gest. Pokud je tedy lexikálně-sémantický systém narušen jen částečně, méně výrazně, je možné klienta

---

<sup>14</sup> Jedná se o perseverace.

<sup>15</sup> Pojmenování předmětů, obrázků.

<sup>16</sup> Zpřístupněné jakoukoliv modalitou, tj. mluva, psaní, obrázky apod.

<sup>17</sup> Mluva, psaní, kresba.

naučit náhradní strategie komunikace (využití obrázku, piktogramů, kresby...). Afatik může být obratný v pochopení neverbální komunikace formou gest, mimiky, řeči těla.

**Opakování:** Afatik není schopen opakování, je těžce narušeno. Při snaze zopakovat slovo, větu se objevují perseverace, stereotypní opakování neologismů.

**Pojmenování:** Taktéž těžce narušeno. U pojmenování se vyskytují stejné obtíže jako u opakování a produkce, tj. perseverace, stereotypní opakování neologismů.

**Čtení, psaní:** Obojí je výrazně narušeno. Čtení je nedostatečné, málo a jen částečně je zachována schopnost rozeznat známá slova. Spontánní psaní může probíhat formou čmárání, u méně závažných případů afatik produkuje, napíše část slova (částečnou formu slova), například jen některá písmena nebo pouze perseveruje první slabiku, písmeno.

### **Transkortikální motorická afázie**

**Lokalizace:** Léze se objevuje v částech před (nad) nebo za Brocovou areou, poblíž suplementární motorické oblasti.

**Produkce, exprese:** Nápadná podobnost s Brocovou afázií, je tedy nonfluentní. Rozdíl je především v zachované schopnosti reprodukce slov či kratších vět.<sup>18</sup> Spontánní řečová produkce je minimální s echolalickým charakterem. Reprodukce je zachovalá oproti spontánní řeči, pojmenování. V celkovém chování (zahrnuje i verbální projev) je typická adynamičnost.

**Porozumění, imprese:** Jako u každé jiné afázie, je porozumění narušeno. V tomto případě je však narušení lehké až středně těžké. Obtíže pozorujeme v chápání delších vět, logicko-gramatickým strukturám. Úspěšně pracují s úkoly zaměřené na identifikaci izolovaných, vysoce frekventovaných slov.

**Opakování:** Opakování, jak jsme uváděli výše, je zachovalé, případně lehce narušeno.

**Pojmenování:** Pojmenování předmětů, činností je narušeno.

**Čtení, psaní:** Čtení může být zachováno. Afatici jsou poměrně dobří při hlasitém čtení, avšak porozumění složitějším slovům, větám jim může dělat obtíže, nemusí zcela porozumět. Hlasité čtení může být realizováno formou mimosémantickou, tedy dochází

---

<sup>18</sup> Zachovalá schopnost opakování je u všech transkortikálních afázií.

k obcházení modulu sémantického systému. Psaní se manifestuje pomalejším tempem z důvodů těžkostí vyhledávání adekvátního slova apod.

### **Smíšená transkortikální afázie – syndrom izolace řečových zón**

**Lokalizace:** Tento typ afázie vzniká při rozsáhlejších lézích dominantní hemisféry. Nebo při současné lézi v oblasti frontální a temporo-parietální (temporo-okcipitální). Tento typ afázie se vyskytuje vzácně.

**Produkce, exprese:** Celkový klinický obraz si je velmi podobný s globální afázií. Nonfluentní řečová exprese. Rozdíl je v relativně zachovalé schopnosti reprodukce slov, zautomatizovaných frází. Řeč je echolalická, častý výskyt perseverací, řečové stereotypie. Velký deficit pozorujeme ve spontánní produkci.

**Porozumění, imprese:** Porozumění mluvené řeči je těžce narušeno s malým či žádným porozuměním verbální mluvě. Porucha bude pravděpodobně i v sémantickém systému.

**Opakování** je narušeno mírně.

**Pojmenování** je narušeno.

**Čtení, psaní:** Narušeno obojí, viz globální afázie.

### **Transkortikální senzorická afázie**

**Lokalizace:** Léze se vyskytují v zadních oblastech temporálního a okcipitálního laloku (rozhraní temporo-okcipitální).

**Produkce, exprese:** Ve spontánní produkci se vyskytují ta slova, která byla slyšena v proslovu komunikačního partnera – echolalická řeč. Produkce je fluentní, avšak komunikační hodnota je na nízké úrovni vlivem užívání parafrází, žargonu.

**Porozumění, imprese:** tento typ afázie se rovněž označuje za asémantickou afázii. Ta se vyznačuje tím, že lexikální informace obcházejí sémantický systém, tudíž porozumění je narušeno.

**Opakování:** Afatici jsou schopni reprodukovat slova, krátké věty, ale chybí schopnost porozumění.

**Pojmenování:** Konfrontační pojmenování je narušeno.



**Čtení, psaní:** Psaní je po stránce formální nenarušeno. U pojmenování, spontánního písemného projevu je výrazně narušeno. Čtení s porozuměním je narušeno. Samotné čtení izolovaných slov, někdy i textu může být nenarušeno<sup>19</sup>, ovšem je vynechán sémantický systém.

### **Wernickeho afázie**

**Lokalizace:** Léze se vyskytují v temporálním laloku, v oblasti, která sousedí s Brodmannovou areou 22.

**Produkce, exprese:** Produkce je fluentní, výrazně zrychlená, artikulace nebývá narušená. V projevu se vyskytují neologismy, parafázie, prozodie je v mnoha případech zachována. Správné gramatické morfémy se vyskytují i u neologismů, parafází. Samotný obsah sdělení je nízký, častý výskyt tzv. „prázdných“ slov.<sup>20</sup>

**Porozumění, impresie:** Imprese je těžce narušena.<sup>21</sup> Wernickeho afázie je charakteristika poruchou dekodování mluvené (psané) řeči, což je dominantním rysem.

**Opakování:** Schopnost reprodukce je narušena. Při snaze zopakovat i jen krátkou větu jsou adekvátní slova měněna za jiná.

**Pojmenování:** Pojmenování je narušeno, vyskytují se sémantické parafázie (narušen je sémantický systém).

**Čtení, psaní:** Hlasité čtení izolovaných slabik, slov může být zachováno. V ostatních případech je schopnost čtení narušena. Porozumění čtenému je těžce narušeno, pokud je deficit na úrovni sémantického systému. Psaní je nenarušeno z pohledu formálního nebo psaní vysoce zautomatizovaných slov. V písemném spontánním projevu se vyskytují např. paragrafie.

### **Konduktivní afázie**

**Lokalizace:** Léze jsou především v oblasti gyrus supramarginalis. Afatik nemá vážnější poruchy u schopnosti porozumět řeči, protože sekundární zóna temporálního laloku bývá zachována.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Poměrně plynulé čtení bez porozumění obsahu.

<sup>20</sup> „Jakoby to, no teda...“

<sup>21</sup> Narušení sémantického systému.

**Produkce, exprese:** Produkce řeči je fluentní, pozorujeme však výskyt parafázií, především fonemických. Produkce spontánní, automatická je bezproblémová, artikulace je také bezproblémová. Běžně se však můžeme setkat s pauzami, zaváháním, obtížemi ve vyhledávání slov<sup>23</sup>. Pokud se však afatik na verbální projev začne více soustředit, jeho výkon se zhoršuje. Pokud si zpětnou sluchovou vazbou uvědomuje vlastní produkci parafázií, snaží se o jejich korekci a někdy tak může spontánní řeč působit až nonfluentně. Řeč je zjednodušená po stránce syntaktické. V projevu se nevyskytují agramatismy.

**Porozumění, imprese:** Porozumění je narušeno pouze lehce. Funkcionální porozumění řeči je na výborné úrovni, taktéž schopnost dekodování gramatických vztahů je zachována.<sup>24</sup>

**Opakování:** Opakování na úrovni slov i vět je těžce narušeno. Obtíže jsou zapříčiněny nedostatky v pracovní paměti, narušena je zpětná aferentace. Samotná kvalita reprodukce je ovlivněna délkou, frekvencí slova apod. U opakování krátkých a často používaných slov pacient nemá obtíže.

**Pojmenování:** Afatici dělají chyby v konfrontačním pojmenování.

**Čtení, psaní:** U hlasitého čtení se objevují chyby, které se projevují i u spontánní řeči (parafázie), porozumění je zachováno při tichém čtení. Obtíže pozorujeme v psaní<sup>25</sup> ve formě četných záměn grafémů, jejich přesmykováním či vynecháváním. Ve větách pozorujeme přesmykování ve slově, vynechávání slov nebo jejich špatné pořadí.

### **Anomická afázie**

**Lokalizace:** Moderní zobrazovací techniky uvádějí, že tento typ afázie nemá lokalizační hodnotu.

**Produkce, exprese:** Spontánní řeč je fluentní, přerušována může být pouze vlivem vyhledávání slov z mentálního slovníku. Anomická afázie se vyznačuje právě obtížemi

---

<sup>22</sup> Asociační oblast sluchové kůry.

<sup>23</sup> Řeč je dysprozodická.

<sup>24</sup> Afázie je vždy spojena aspoň s lehkými obtížemi v porozumění.

<sup>25</sup> Pokud hovoříme o diktování slov, či uvědomělém psaní.

ve vybavování si slov, nepřesným pojmenováním. Toto vyhledávání se může projevat buď „anomickou pauzou“<sup>26</sup>, nebo cirkumlokací.

**Porozumění, imprese:** Tato složka je narušena málokdy, je jen lehké narušení.

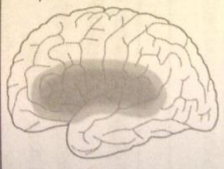
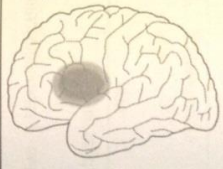
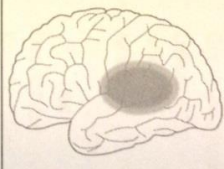
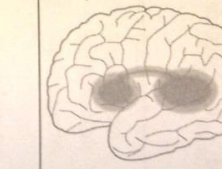
**Opakování** je zachovalé, nejsou obtíže.

**Pojmenování:** Při cíleném vyšetření schopnosti pojmenovat se manifestují obtíže, které ve spontánní produkci nebyly dostatečně výrazné. Projevují se vážné obtíže až úplná neschopnost vyprodukovat jakékoliv adekvátní pojmenování.<sup>27</sup>

**Čtení, psaní:** Čtení ani čtení s porozuměním není narušeno. Psaní je narušeno obdobně jako spontánní řeč. Psaní je přerušeno pauzami, pokud je zasažen sémantický systém, mohou se objevit sémantické paragrafie.

Pro lepší představení si lokalizací lézí uvádíme obrázek, charakterizující jednotlivé typy afázií.

**Obrázek č. 2 – Klasifikace a základní vyšetřovací algoritmus afázií (Obereignerů, 2013, s. 111)**

fluence	non-fluentní				fluentní			
porozumění	porušeno		normální		porušeno		normální	
opakování	porušeno	normální	porušeno	normální	porušeno	normální	porušeno	normální
afázie	globální	transkortikální smíšená	Brocova	transkortikální motorická	Wernickeova	transkortikální senzorická	kondukční	anomická
lokalizace								

<sup>26</sup> Pacient je potichu, tím projevuje neschopnost vybavení si slova.

<sup>27</sup> Často totiž využívají synonyma ke slovům, která si nejsou schopni vybavit.

## **8 Východiska při navrhování terapeutického materiálu**

Za navržením a samotnou tvorbou terapeutického materiálu je ukryta spousta práce. Návrh a posléze tvorba nemůže být vytvořena bez podložených, adekvátních teoretických informací. V teoretické části jsme jmenovali dva přístupy, které jsou v dnešní době využívány nejčastěji v terapii afázie. Jedná se o přístup pragmatický a kognitivně-neuropsychologický. V našem případě jsme především vycházeli z kognitivně-neuropsychologického přístupu. Celkový záměr při návrhu byl však takový, aby byl pragmaticky orientovaný a klient nabyté dovednosti byl schopen využít i v praktickém životě. U procesu navrhování a dále i tvorby terapeutického materiálu jsme se drželi teoretických poznatků nabytých především z diagnostiky a terapie afázie, alexie, agrafie od autorů Cséfalvay, Košťálová, Klimešová. Dále jsme tyto poznatky rozšiřovali tím, že jsme se seznámili s postupy od autorů Mimrová, Kiml a jiní. V neposlední řadě jsme si také prostudovali již existující terapeutické materiály, které vznikly například pod vedením paní magistry Zuzany Konůpkové občanského sdružení Klub afázie.

Při navrhování terapeutického materiálu jsme se drželi konkrétních terapeutických postupů. Postupy jsou zaměřené nejen na samotnou afázii, ale také na alexii a agrafii. V rámci seznámení se s kognitivně-neuropsychologickým modelem jsme se dozvěděli, že afázie je doprovázená obtížemi v oblasti čtení a psaní. Proto je důležité, aby terapie zahrnovala mimo jiné i reedukaci těchto oblastí.

Níže popisované terapeutické postupy bychom měli považovat za návod, podle kterého logoped, terapeut může postupovat. Autoři Cséfalvay, Klimešová, Košťálová (2002) vytvořili variabilní soubor postupů, které se dále rozpracovávají individuálně, podle potřeb a schopností konkrétního klienta (skupiny klientů). Samotné terapeutické postupy se zaměřují na zmírnění dílčích deficitů. Autoři jsou si vědomi, že dělení terapie na terapii dílčích, izolovaných deficitů je vytvořeno uměle a uvědomují si, že pokud je stimulován jeden komponent, tak s naprostou jistotou bude ovlivňovat všechny další systémy, které jsou ve funkčním vztahu se stimulovaným komponentem.

Dále se budeme zabývat již konkrétními terapeutickými postupy, které mají snahu obnovovat, rozvíjet následující oblasti:

- Grafomotorické schopnosti, jemná motorika;  
Sémantický systém;
- Produkce řeči;
- Porozumění řeči;
- Oblast čtení – lexie;
- Oblast psaní – grafie;

### **Terapeutické postupy při obnovení grafomotorických dovedností**

Při ložiskovém poškození mozku může dojít k poruše hybnosti na kontralaterální části těla. Tyto obtíže jsou popisovány jako pravostranná hemiparéza až hemiplegie, kdy omezují nebo zcela znemožňují schopnost psát. Je narušena schopnost kreslení, psaní dominantní horní končetinou, taktéž dochází k narušení centrálního mechanismu psaní – agrafie. Díky těmto obtížím jsou někteří klienti s pravostrannou hemiparézou (hemiplegií) nuceni využít druhou (levou) ruku. Samotný přechod od používání pravé ruky na levou není automatický a vyžaduje specifický nácvik. Cvičení na obnovení, rozvoj grafomotorických cvičení považujeme za průpravu k samotné terapii agrafie. Tato obnovovací cvičení mají za úkol stimulovat nejen grafomotorické schopnosti, ale také nepřímo stimulují další vyšší psychické funkce.<sup>28</sup> (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

### **Terapeutické postupy při facilitaci sémantického systému**

Sémantický systém je základním komponentem v kognitivně-neuropsychologickém modelu. Účastní se procesu produkce a porozumění slov, čtení, psaní. Sémantickou facilitaci proto považujeme za důležitou, nezbytnou součást terapie u produkce slov, porozumění mluvené řeči, psaní, čtení. Klientův základní úkol spočívá ve schopnosti identifikovat prvky stejné sémantické kategorie, popřípadě aby byl schopen vyčlenit prvek, který do sémantické kategorie nepatří. Výběr sémantických kategorií je hodně individuální, vždy bychom měli vycházet ze schopností, potřeb a zájmů klienta. Klient by měl dostat vždy na výběr,<sup>29</sup> na jakou sémantickou kategorii se bude terapie zaměřovat. Důležité je poskytnout klientovi jednoznačné, jednoduché a srozumitelné pokyny, popřípadě vždy názorně klientovi ukázat postup práce a co je cílem

<sup>28</sup> Jmenujeme například pozornost, vizuální gnózi a jiné.

<sup>29</sup> Nabídnout aspoň dvě alternativy.

konkrétního cvičení. Pokud to schopnosti klienta dovolí, měli bychom se také snažit, aby klient své řešení úkolu byl schopen vysvětlit. Tento postup<sup>30</sup> je efektivní především při terapii produkce slov, terapii čtení a psaní. Mimo jiné tento postup ovlivňuje procesy, které následují po zpracování jazykového materiálu v sémantickém systému. Díky sémantické analýze slova se mohou obnovovat různé asociace daného slova. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

### **Terapeutické postupy při obnovení, rozvoji produkce řeči**

Cílem tohoto postupu je především to, aby klient byl schopen pochopit a identifikovat strategii, o kterou se může opřít při hledání adekvátního slova a jakým způsobem může klient sám aktualizovat slova ze svého slovníku. Existuje několik postupů, hierarchicky seřazené kroky, které nám pomáhají v terapeutickém působení. Jednotlivé kroky se dají charakterizovat jako druh nápovědy. Pokud klient selže na jedné úrovni,<sup>31</sup> terapeut mu nabízí nápovědu ve formě otázky, která přibližuje sémantické vztahy daného slova, nebo můžeme pomoci formou psaného slova.<sup>32</sup> V těch nejtěžších případech lze využít zvukovou formu slova v podobě zopakování slova po terapeutovi. Tato forma nápovědy se však nedoporučuje, protože forma této pomoci nemá dlouhotrvající efekt. Autoři doporučují, aby seznam slov v jednom sezení nebyl moc velký. Během jednoho cvičení doporučují systematicky cvičit 5 - 10 slov. Systematické, opakované, časté procvičování menšího počtu slov se ukazuje jako efektivnější, než jednorázové cvičení po několika desítkách slov v průběhu jednoho sezení. Před samotným sezením by měl logoped sestavit určitý soubor slov, která budou v průběhu sezení procvičována, postup k dalším slovům by pak měl následovat, až klientovi nebude činit problém produkce původně cvičených slov. Důležité je také zasvětit rodinu o procesu terapie tak, aby klient měl podmínky k nacvičování produkce slov i ve svém přirozeném domácím prostředí a aby mu jeho okolí tyto podmínky vytvářelo a podporovalo ho. Pokud má klient aspoň částečně zachovalou schopnost číst a psát je žádoucí, aby byly tyto schopnosti využívány v průběhu terapie produkce slov. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

---

<sup>30</sup> Charakterizování sémantických rysů hledaného slova.

<sup>31</sup> Klient není schopen pojmenovat daný předmět na obrázku.

<sup>32</sup> Slovo, ukážeme napsané na kartě.

Mimo jiné bychom terapii zaměřenou na produkci slov, vět měli, pokud je to žádoucí, doplnit o prvky melodicko-intonační terapie.<sup>33</sup> Podstata terapie spočívá ve společném vyslovení slova, krátké věty klienta s logopedem, poté zopakování po logopedovi a nakonec, aby byl klient schopen sám odpovědět na otázku nacvičeným slovem, větou s dopomocí pohybem ruky, která doprovází melodii slova, věty. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

Terapii na úrovni produkce slova jsme si výše dostatečně vysvětlili. Je však nezbytné v terapii pokračovat a slova vhodně zapojit do kontextu. Postupy, které se zabývají rozvojem produkce řeči na úrovni vět, mohou být rozličné. Za jeden z nejjednodušších se považuje cvičení, u kterého má klient odpovědět na otázky základní syntaktickou strukturou, tj. podmět-přísudek. Dále pak klient může věty rozvíjet o další větné členy. Seskládání věty o určitý počet větných členů můžeme zadat pomocí určitých značek, žetonů, které budou klientovi udávat kolik větných členů má věta<sup>34</sup> obsahovat. U dějových obrázků je cílem nejen izolované popsání lidí a předmětů, ale klient by se měl pokusit také o vyjádření vztahů a asociací na dějových obrázcích.<sup>35</sup> (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

### **Terapeutické postupy při obnově, rozvoji porozumění mluvené řeči**

Obtíže ve schopnosti rozumění mluvené řeči mohou být způsobeny různými příčinami. Někdy mohou být způsobeny i kombinací více příčin, například obtíže ve fonologické analýze, fonologickém vstupním slovníku, sémantickém systému. Jak jsme se již zmiňovali dříve, komponenty se navzájem ovlivňují, a proto se vždy snažíme stimulovat sémantický systém, i když není narušen. Stimulací sémantického systému totiž výrazně kladně ovlivňujeme presémantické procesy.<sup>36</sup> Pokud je narušena již fonologická analýza, terapeut se zaměřuje primárně na obnovení schopnosti diferencovat fonémy, slabiky. Pokud je narušen modul fonologická analýza, je potřeba terapii na obnovení vést i jinou cestou – využít intaktní nebo méně narušenou vstupní modalitu. Pokud je tedy narušena akustická modalita, opíráme se o vizuální modalitu.<sup>37</sup> Jestliže se jedná o obtíže v modulu fonologický vstupní slovník, do kterého přicházejí informace

---

<sup>33</sup> Podrobněji jsme tuto metodu charakterizovali v teoretické části práce.

<sup>34</sup> Popisující například dějový obrázek.

<sup>35</sup> Mezi lidmi, předměty apod.

<sup>36</sup> Jakým je například fonologická analýza.

<sup>37</sup> Odezírání z úst logopeda, psaná forma sdělení.

o slyšeném z akustické analýzy, je potřeba využít tzv. lexikální posuzování. Zjednodušené je potřeba, aby klient zvládl posoudit, zda předkládané slovo je reálné nebo vymyšlené. Pro stimulaci schopnosti porozumění mluvené řeči považují autoři za vhodné využít více možných postupů a podle povahy deficitu se pak opírat o cvičení, která jsou nejvhodnější pro konkrétní deficit. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

### **Terapeutické postupy při alexii**

Tak jak u jiných procesů, tak i u procesu čtení mohou obtíže spočívat v různém patologickém mechanismu. Autoři jmenují dvě až tři cesty čtení, které existují. Narušení čtení pak může být tedy různé a samotná terapie se musí taktéž lišit. Pokud se jedná o obtíže již u identifikace písmen, terapie musí být směřována touto cestou. Terapie by měla být zacílena na vyhledávání jednotlivých písmen, identifikace izolovaných písmen, vyhledávání slabik. Výše jmenované procesy probíhají ještě před vstupem do ortografického vstupního slovníku. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

Pokud má terapie za cíl stimulovat ortografický vstupní slovník, tak se snažíme o opakované vyhledávání daného slova mezi ostatními slovy (pseudoslovy), tím se aktivizuje mentální reprezentace psaného slova. Další variantou může být lexikální rozhodování, stimulujeme ho kartami, které správně a nesprávně pojmenovávají daný obrázek. Samotný obrázek je taktéž důležitý, protože má za cíl aktivizovat význam slova. Tato cvičení můžeme do terapie zahrnout, ačkoliv narušení není spojováno s tímto modulem.<sup>38</sup> Samotná cvičení na identifikaci písmen, slabik, slov považujeme za průpravné úkoly k nácviku čtení s porozuměním, trénování paměti apod. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

Někteří afatici mají větší obtíže se čtením izolovaných slov než se čtením souvislého textu. Souvislý text totiž umožňuje dopochopit a přečíst i ta slova, která se jevila jako obtížná u izolovaného čtení. V souvislém textu pomáhají a nabízejí informace gramatické morfémy. Samotný postup čtení souvislého textu je následující. Klient se pokouší text číst nahlas, pokud nastávají v některých segmentech obtíže, je po ruce logoped a klientovi pomáhá. Buď formou nápovědy první hlásky, slabiky, nebo přečtením celého slova, kdy jej pak má klient po logopedovi zopakovat. Celý text

---

<sup>38</sup> Vstupní cesty směrem k sémantickému systému.



se na sezení přečte několikrát po sobě. Doma by si pak klient měl text také několikrát hlasitě přečíst. Ověřování, zda klient obsahu textu rozuměl, pak provádíme formou pokládání kontrolních otázek. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

### **Terapeutické postupy při agrafii**

Terapie agrafie by měla probíhat na různých úrovních. Podle toho jaký modul je narušen. Pokud je problém v samotném psaní izolovaných písmen nebo slabik, terapie by měla být zaměřena na nácvik psaní těchto prvků, tedy opisování podle konkrétního vzoru. V tomto případě můžeme terapii považovat mimo jiné za nácvik grafomotorické schopnosti. Za nejpodstatnější cvičení však považujeme cvičení na úrovni slov a vět. Základem je především aktivovat ortografickou reprezentaci slov. Jedná se například o aktivizaci ze sémantického systému (forma obrázku), krátkodobé předložení napsaného slova a posléze jeho napsání z paměti, opis slova při stálé přítomnosti písemného vzoru. Další forma práce může být nabídka izolovaných písmen (která tvoří určité slovo) a klient má za úkol tato písmena seřadit a správně pojmenovat slovo znázorněné na obrázku. U úkolu opakování opisování slova (znázorněno také obrázkem) usilujeme o aktualizaci ortografických reprezentací slov. Po několikátém opsání má klient za úkol napsat slovo nazpaměť. Touto formou opět cvičíme slova, která se hodí do slovní zásoby klienta, která mu mohou dělat problémy ve verbálním vyjádření. Tím, že je klient bude trénovat v psané podobě, tak se vyhne obtížím v řečové komunikaci. Pokud by si totiž klient slovo nebyl schopen vybavit ve formě mluvené, může problematické slovo napsat. Autoři poukazují na fakt, že pokud se psaní slov zahrne do souboru každodenní komunikace, tak použitím psané formy řeči se klient může vyhnout neschopnosti verbálně se vyjádřit, psaná podoba slova totiž může facilitovat řeč mluvenou. (Cséfalvay, Košťálová, Klimešová, 2002)

Mimo výše zmíněné oblasti jsme zařadili ještě dvě další, na které se chceme podrobněji zaměřit v navrhovaném terapeutickém materiálu. Jedná se o gramatickou a pragmatickou oblast.

### **Terapeutické postupy při rozvoji gramatických dovedností**

Cséfalvay, Košťálová, Klimešová (2002) upozorňují na skutečnost, že je potřeba dalších výzkumů, které by se měli zaměřit na specifika agramatismu.<sup>39</sup> Z výzkumných závěrů by se pak mohla budovat další součást terapie, která by se zabývala terapií produkce řeči na úrovni vět a potažmo rozvíjení narativních schopností. Pro naše účely v rámci návrhu terapeutického materiálu jsme zařadili pár gramatických cvičení. Zde přinášíme výčet možných cvičení, se snahou o hierarchickou posloupnost.<sup>40</sup> Inspiraci jsme čerpali například od Kulišťáka, Mimrové a kol. (1997), Kimla (1969), reedukačních materiálů z občanského sdružení Klubu afásie atd.

Možná gramatická cvičení: Správné koncovky přídavných jmen ve spojení s podstatným jménem; správný tvar přivlastňovacího zájmena (já, ty, on...); převod jednotného čísla na množné a opačně; tvorba zdvojnásobení a naopak tvorba základních tvarů; doplnění vhodných předložek; k danému slovu vymyslet jednoduchou větu; slova, která k sobě asociací patří a jejich spojení; dokončení věty vhodným slovem; rozvíjení věty o různý počet členů; popletená věta a správné seřazení vět, aby dával děj smysl; z jednoduchých vět vytvořit otázky; v souvislém textu doplnit vhodný tvar slovesa; vytvořit z podstatných jmen slovesa; vytvořit ze sloves podstatná jména; z přídavných jmen tvořit podstatné jméno a mnoho dalších.

### **Terapeutické postupy při rozvoji pragmatických dovedností**

Tuto oblast jsme zahrnuli do našeho návrhu terapeutického materiálu z důvodu, že si uvědomuje potřebnost praktického využití slovní zásoby a obecně schopnosti funkční komunikace s okolním prostředím. V rozsahu diplomové práce nelze rozpracovat podrobně pragmatické postupy tak, jak bychom chtěli a proto, stejně jako všechny níže uvedené návrhy terapeutického materiálu, jsou spíše návodem, možností, jak individuálně realizovat následnou terapeutickou péči.

---

<sup>39</sup> Krátce se o něm rozepisujeme v teoretické části.

<sup>40</sup> Máme na mysli od jednoduchých po složitější cvičení.

## **9 Návrh terapeutického materiálu pro klienty s diagnózou afázie**

### **9.1 Cíl, plán, harmonogram práce, účastníci terapeutických sezení**

#### **Cíl práce**

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je navržení terapeutického materiálu pro klienty s diagnózou afázie. Za první dílčí cíl jsme si určili vytvoření navrhovaného terapeutického materiálu a druhým dílčím cílem je navržený a posléze vytvořený terapeutický materiál ověřit při přímé logopedické, terapeutické péči v klubu Občanského sdružení ZÁŘE,<sup>41</sup> sdružení osob s poruchami hybnosti.

#### **Plán práce**

V červnu 2014 jsem se zúčastnila dvoutýdenního rekondičního pobytu v Seči, který pravidelně každý rok pořádá OS ZÁŘE, sdružení osob s poruchami hybnosti. Na pobytu jsem působila jako logopedický asistent – praktikant. Pracovala jsem s klienty po cévní mozkové příhodě, jejímž důsledkem byl vznik afázie. Působila jsem v kolektivu odborného personálu, který se skládal z lékaře sdružení, klinického logopeda, fyzioterapeuta, psychologa, terapeuta pro kognitivní aktivizaci, maséra. Pracovala jsem samostatně, jak v individuální logopedické terapii, tak jsem se také podílela na skupinové logopedické terapii, to vše bylo zaštitěno odborným dohledem klinického logopeda. Klinický logoped mě odborně a metodicky vedl, práci kontroloval a dával mi zpětnou vazbu na mou práci v pozici logopedického praktikanta. Díky této cenné a nezapomenutelné zkušenosti jsem si vyzkoušela v praxi mnoho terapeutických cvičení, pomůcek, materiálů, a tím jsem si vytvořila základní povědomí o tom, jak by měla být terapie afázie vedena, co vše při terapii mohu využít a u jakého klienta je vhodná jaká forma práce.

Od srpna 2014 jsem začala shromažďovat teoretické informace k rozsáhlé problematice afázie. V průběhu podzimních a zimních měsíců, konkrétně září 2014 – leden 2015, jsem se snažila o odborné, teoretické nastudování problematiky afázie. Mimo jiné jsem od října 2014 začala pravidelně<sup>42</sup> navštěvovat Pražský klub Občanského sdružení osob s poruchami hybnosti a komunikace ZÁŘE. V klubu působí odborný dohled ve složení

---

<sup>41</sup> Dále OS ZÁŘE.

<sup>42</sup> Jednou týdně.

ergoterapeut a klinický logoped. Do klubu docházím v pozici logopedického praktikanta. Každý týden je vedeno logopedické sezení s klienty. Pracujeme jak skupinově, tak individuálně. Individuální práce je umožněna tím, že skupinu vede klinický logoped a já se věnuji individuálně jinému klientovi nebo si práci s klinickým logopedem vyměníme, kdy skupinovou terapii vedu já, logopedický praktikant a individuální péči poskytuje klinický logoped. Na každé setkání navrhuji terapeutický materiál, který si tak průběžně ověřuji na setkáních v klubu. Odborně má nade mnou dohled klinický logoped, který mi v průběhu terapie nebo po ukončení poskytuje zpětnou vazbu na proběhlou terapii a potažmo na návrh terapeutického materiálu.

Ucelené návrhy terapeutického materiálu byly v průběhu podzimu, zimy 2014, zimy 2015 ověřovány v Pražském klubu OS ZÁŘE, osob s poruchami hybnosti a komunikace. Návrhy budou dále rozvíjeny o další tematické okruhy, které se díky rozsahu diplomové práce, nevešly do užšího výběru. Nicméně níže uvedená metodika tvoření návrhu umožňuje v relativně krátkém čase vytvořit terapeutické materiály na mnoho dalších tematicky důležitých oblastí pro afatiky. Samotným vypracováváním se budeme nadále zabývat, protože navržené terapeutické materiály budou využity i na letošním rekondičním pobytu pořádaným OS ZÁŘE, kde budu působit jako logopedický pracovník.

## Harmonogram práce

**Tabulka č. 1 - Harmonogram diplomové práce**

	2014						2015		
	červen	srpen	září	říjen	Listopad	prosinec	leden	únor	březen
Rekondiční pobyt									
Rešerše odborné literatury									
Teoretické studování problematiky									
Docházení do klubu OS ZÁŘE									
Tvorba a ověřování terapeutického materiálu									

Postup práce jsme již podrobně popisovali v podkapitole „plán práce“. Zde jen shrneme časový harmonogram jednotlivých dílčích kroků. Červen 2014 získávání prvních zkušeností s přímou terapeutickou, logopedickou péčí, shromažďování prvních teoretických informací, shromažďování prvních terapeutických materiálů, cvičení. Srpen 2014 rešerše odborné literatury k problematice afázie. Září 2014 – leden 2015 studování odborné literatury k tématu afázie. Od října 2014 pravidelné docházení do Pražského klubu OS ZÁŘE, sdružení osob s poruchami hybnosti. Navrhování a tvorba terapeutického materiálu. Přímá terapeutická, logopedická práce s klienty s diagnózou afázie.

### **Účastníci terapeutických sezení**

Do klubu OS ZÁŘE, sdružení osob s poruchami hybnosti docházejí klienti s chronickým stádiem afázie projevující se relativně zachovalou schopností rozumět,<sup>43</sup> s obtížemi v oblasti produkce řeči, spontánního verbálního projevu, s obtížemi v oblasti psaní, grafomotorických schopnostech, čtení a gramatických znalostech. Terapeutický materiál jsme se rozhodli navrhnout pro výše zmíněné projevy afázie. Jinými slovy, navrhovaný materiál bude primárně určen klientům s lehčí, nonfluentní, chronickou afázií, se zachovalou schopností rozumět. Jedná se o klienty s Brocovou nebo transkortikální motorickou afázií, popřípadě anomickou afázií (ta je již fluentní).

## **9.2 Návrh terapeutického materiálu**

V úvodu bychom chtěli upozornit, že námi navržený materiál bude primárně vhodný k užití u klientů s lehčí, nonfluentní, chronickou afázií, se zachovalou schopností rozumět, avšak různými obměnami, individuálním přizpůsobením pro konkrétního klienta, může být považován metodický postup, při návrhu materiálu, za univerzální. Jsme si vědomi, že již existuje celá řada publikovaných, velmi dobře propracovaných materiálů. Avšak z vlastní zkušenosti víme, že terapeutické materiály lze u každého klienta využít opakovaně jen v omezeném množství. Proto přicházíme s vlastními materiály, které lze považovat za určitou obměnu stávajících, již publikovaných

---

<sup>43</sup> Používáme výraz relativní, protože v úvodu praktické části, v charakteristice jednotlivých typů afázie, píšeme, že každý typ afázie má určité nedostatky ve schopnosti porozumět mluvené řeči.

materiálů, které klientovi nabídnou jinou formu práce, obměněná cvičení na bázi ověřených teoretických východisek apod.

Při návrhu terapeutického materiálu jsme se snažili dbát na to, aby rozvíjel dílčí oslabené schopnosti klienta, a také jsme chtěli navrhnout takový materiál, který by byl pro klienty pomocníkem a návodem v běžném životě. Proto jsme u dílčích úkolů vycházeli z kognitivně-neuropsychologického přístupu, ale při celkovém sestavování úkolů jsme se snažili držet linie pragmatického přístupu. Pragmatický přístup k návrhu a poté při tvorbě terapeutického materiálu pro nás byl velkou výzvou a motivací. Po teoretickém prostudování odborných materiálů jsme se snažili vytvořit určitý terapeutický materiál, který by se tematikou přiblížil běžným potřebám klienta.

Po zkušenostech na rekondičním pobytu, navštěvování klubu OS ZÁŘE a trávením času se seniorskou populací,<sup>44</sup> jsme se rozhodli, že v rámci praktické části diplomové práce navrhne a vytvoříme materiál, který se bude týkat třech situací, do kterých se klient<sup>45</sup> obvykle může dostat. Situace jsme zvolili s ohledem na budoucí možné užití nabytých schopností v rámci terapie. Jedná se o situaci nakupování v obchodě, návštěva blízkého – rodinná oslava, návštěva lékaře. V rámci rozsahu diplomové práce jsme zúžili oblast slovní zásoby primárně na tyto tři tematické okruhy. Pro další návrh a výrobu materiálu však doporučujeme rozpracování dalších tematických celků, které mohou jedince dále rozvíjet a rozšiřovat mu slovní zásobu o témata jakými například mohou být příroda, sporty, zvířata, dovolená, cestování, či situace, ve kterých se může klient ocitnout, tj. návštěva kadeřníka, cestování v městské hromadné dopravě, dovolená na horách, dovolená u moře, ztráta peněženky, klíčů, komunikace na úřadu a jiné.

Náš navrhovaný terapeutický materiál bude tvořen následujícími částmi:

### **9.2.1 Obrázkové karty, dějové karty, dřevěné písmenkové kostky**

#### **Obrázkové karty**

(viz Příloha č. 1, č. 2)

Základem pro rozvoj slovní zásoby budou karty s obrázky slov základní slovní zásoby ke konkrétní dějové situaci. Obrázkové karty budou dále doplněny o slovní

---

<sup>44</sup> Rodinní příslušníci.

<sup>45</sup> Máme na mysli člověka, který překonal cévní mozkovou příhodu, kdy zpravidla patří do populace starší dospělosti či stáří.

pojmenování, která jsou na zvláštní kartě. Mimo jiné sadu doplňujeme o kolíčky, které mají mít funkci spojení slovního pojmenování s konkrétním obrázkem. Slovní zásobu, kterou budou obrázkové karty představovat, považujeme pouze za základní orientaci ve slovní zásobě, obrázkové karty bychom měli dále doplnit o ty, které si sám klient<sup>46</sup> určí jako důležité a funkční pro jeho sociální a komunikační dovednosti a orientaci. Zahrnutí kolíčků do této sady považujeme za funkční inovaci. Klient bude mít za úkol netradičním způsobem spojit vhodné slovní pojmenování s konkrétní obrázkovou kartou. Kolíčky tady hrají důležitou roli, nevědomě totiž pomáhají klientovi trénovat jemnou motoriku horní končetiny. Inspirací pro tvorbu obrázkových karet nám byl již tradiční obrázkový slovník pro afatiky od paní logopedky Truhlářové.

### **Dějové karty**

(viz příloha č. 3)

Výchozí materiál, pro rozvoj slovní zásoby a funkčních komunikačních dovedností klienta, je reprezentován dějovými kartami, které se vztahují ke konkrétní dějové situaci.<sup>47</sup> Dějové karty se skládají ze čtyř samostatných karet. Každá karta je doplněna o hodinový ciferník. Hodinový ciferník hraje roli nápovědy, jak po sobě následují dějové karty, mimo jiné nám napomáhá procvičit časovou orientaci. Každá dějová karta je doplněna o samostatnou kartu, která v jednoduché větě shrnuje děj vyobrazený na kartě. Dějové karty a karty, pojmenovávající konkrétní děj jsou doplněny také o sadu kolíčků. Kolíčky zde opět plní funkci spojení správného větného opisu děje s adekvátní dějovou kartou, nepřímo stimulují horní končetinu a procvičují jemnou motoriku.

### **Dřevěné písmenkové kostky**

(viz Příloha č. 4)

Kostky slouží k doplnění různých cvičení. Kostky jsou z každé strany opatřeny písmeny z abecedy. Práce s kostkami může být velice variabilní, záleží na individuálních cílech terapie a na individuálních schopnostech a přáních klienta. Primárně byly vytvořeny pro podporu a rozvoj porozumění na úrovni hlásky, slabiky a poté i slova. Dále práce s kostkami rozvíjí schopnost produkce, čtení, popřípadě psaní, aktivizuje sémantický systém, podporuje psychické procesy jako například pozornost, tvořivost, paměť,

---

<sup>46</sup> Nebo ve spolupráci s rodinným blízkým či logopedem.

<sup>47</sup> Jedná se o nakupování v obchodu, návštěva blízkého, návštěva lékaře.

myšlení. Práce s kostkami může být velice různorodá, záleží na kreativitě terapeuta a spolupráci klienta, jakým směrem se bude práce s kostkami ubírat. Mimo jiné kostky nepřímo procvičují jemnou motoriku klienta. Klient musí s kostkami manipulovat, seřazovat, otáčet, přiřazovat, tím nenásilnou formou aktivizuje svou horní končetinu. My zde uvedeme pár možných cvičení, které máme sami s klienty procvičené.<sup>48</sup>

- Cvičení na rozvoj porozumění, produkce, čtení, psaní. Logoped spolu s klientem prochází jednotlivé kostky. Klient má za úkol jednotlivá písmena identifikovat, pojmenovat. Pokud se to nedaří, logoped pojmenuje písmeno a klient zopakuje. Taktéž se do tohoto cvičení může zapojit nácvik grafomotoriky, psaní, tím, že klient písmeno podle předlohy (poté z paměti) přepíše na papír. (To samé cvičení můžeme ztížit vytvořením slabik, postup práce zůstává stejný nebo podle potřeby jej individuálně obměníme.)
- Cvičení na rozvoj produkce, čtení, psaní na úrovni slov. Kostky můžeme zapojit do práce s obrázkovými kartami. Klient má za úkol vybrat vhodná písmena tak, aby z nich složil slovo, které adekvátně pojmenuje konkrétní obrázkovou kartu. Klient pracuje samostatně, popřípadě mu může logoped s pojmenováním pomoci. Nebo mu předloží pojmovou kartu a klient pouze vybere z nabídky písmen ta, která daný pojem obsahují a správně písmena seřadí. Dalším pokračováním může být přepis slova, písmen podle seřazených kostek.
- Samostatná hra s kostkami. Kostky vyskládáme na pracovní stůl či jinou libovolnou pracovní plochu. Vytvoříme z kostek pravidelný obrazec.<sup>49</sup> S takto seřazenými kostkami můžeme hrát různé slovní hry.
  - Jako nejjednodušší variantu jmenujeme tu, kdy logoped klientovi řekne (popřípadě napíše) slovo a klient ho z nabídky písmen před sebou musí vytvořit. Tvoří buď pouhým ukazováním na písmena podle správného pořadí (písmena mohou být od sebe libovolně vzdálena) nebo vyčleňuje ty kostky, ze kterých následně slovo vytvoří (pokud se nedaří, logoped klientovi napovídá iniciálním písmenem, popřípadě slabikou, či všemi písmeny). Pro procvičení grafomotoriky a stimulaci ortografického

---

<sup>48</sup> Hierarchicky za sebou řazená dle obtížnosti.

<sup>49</sup> Podle počtu kostek buď, obdélník nebo čtverec.



vstupního, výstupního slovníku a zásobníku můžeme zapojit také pokyn k přepsání tohoto slova.

- Složitější varianta nastává, když klient musí vyhledat slovo v obrazci kostek – písmen a k tomu musí dodržet blízkou oblast písmen (po předem dohodnutých pravidlech klient vyhledává slovo v písmenech, která spolu sousedí či jsou spojena jiným principem) Logoped vysloví slovo a klient slovo vyhledává. Poté ukáže na písmena ve správném pořadí, kdy však musí dodržet princip vyhledávání.<sup>50</sup>
- Za nejsložitější variantu považujeme tu alternativu práce, kdy klient sám (podle určitých, předem daných pravidel<sup>51</sup>) vymýšlí a vyhledává slova (lehčí variantou může být například jen vyhledávání slabiky a dokončení slabiky do plně významového slova podle vlastní představivosti). Podle předem vytyčených cílů terapie můžeme dále zapojit opis slova na papír.

## 9.2.2 Pracovní listy

**Tabulka č. 2 - Schéma přípravy pracovních listů:**

		→Postup práce
Tematická oblast →	konkrétní cvičení →	→Možné alternativy cvičení
		→Shrnutí dílčích oblastí, které mohou být rozvíjeny

V kapitole „teoretická východiska“, jsme věnovali prostor popsání oblastí, které zastánci kognitivně-neuropsychologického přístupu<sup>52</sup> považují za důležité terapeuticky obnovit, rozvíjet v terapii afázie, alexie, agrafie. Tyto oblasti pro oživení znovu jmenujeme, jedná se o oblast grafomotoriky, jemné motoriky, sémantického systému, produkce řeči, porozumění řeči, oblast lexie<sup>53</sup>, oblast grafie<sup>54</sup>. Také jsme dodali další dvě oblasti, které se navrženým terapeutickým materiálem pokusíme stimulovat, jedná se o rozvoj gramatických dovedností a pragmatických schopností.

<sup>50</sup> Například princip osmisměrky.

<sup>51</sup> Libovolná pozice písmen nebo pravidlo založeno na principu osmisměrky.

<sup>52</sup> Cséfalvay, Košťálová, Klimešová.

<sup>53</sup> Čtení.

<sup>54</sup> Psaní.

Některé z výše jmenovaných oblastí (porozumění, produkce, čtení, psaní, sémantický systém apod.) jsou rozvíjeny pomocí terapeutického materiálu, který jsme uvedli a popsali v předchozích řádcích.<sup>55</sup> Jako další součást navrhovaného terapeutického materiálu uvádíme pracovní listy. Pracovní listy jsou vytvořené zvlášť ke každé námi vybrané dějové situaci. Bude se tedy jednat o tři varianty pracovních listů, podle tematické oblasti.<sup>56</sup> V přílohách přinášíme ukázky pracovních listů.<sup>57</sup>

V rámci studia odborných, teoretických materiálů jsme vybrali a pro vlastní potřeby v pracovních listech rozpracovali, následující kategorie:

### **1. Stimulace sémantického systému** (viz Příloha č. 5)

- Abychom klientovi usnadnili seznámení se základní slovní zásobou, vytvořili jsme základní „balík“ otázek. Otázky jsou vytvořeny na bázi nápoděvy tak, aby klientovi usnadnily pojmenování daného prvku.
- Tato kategorie rozvíjí následující oblasti: porozumění, produkci, sémantický systém, myšlení, gramatiku (Odpověď by měla být zformulovaná ve správném gramatickém tvaru).

### **2. Kategorizace** (viz příloha č. 6)

- Práce se základní slovní zásobou. Jednotlivá slova má klient za úkol zařadit do správné kategorie. Kategorie jsou předem vymezené. Můžeme využít buď písemnou podobu slova, kdy klient přepisuje slova z nabídky do správné kategorie, nebo obrázkové karty, které se vztahují ke konkrétní tematické oblasti (ty pak klient řadí do jednotlivých sloupců).
- Kategorie rozvíjí následující oblasti: sémantický systém, porozumění, produkci, čtení, psaní, myšlení.

### **3. Asociace** (viz Příloha č. 7)

- Kategorie „asociace“ má za úkol komplexnějším způsobem rozvíjet klienta. Cvičení se skládá z nabídky slov, která jsou uspořádána do dvou sloupců. V každém sloupci je stejný počet slov. Klient má za úkol si sám přečíst (popřípadě s dopomocí logopeda) uvedená slova. Cílem cvičení je spojení slova

---

<sup>55</sup> Obrázkové karty, dějové karty.

<sup>56</sup> Nakupování v obchodě, návštěva blízkého – rodinná oslava, návštěva lékaře.

<sup>57</sup> Viz Příloha č. 5, č. 6, č. 7, č. 8, č. 9.

z pravého sloupce ke slovu v levém sloupci, tak aby spojení dvou slov mělo určitý význam – vždy je ve vztahu mezi slovy skrytá asociace, kterou má klient, po spojení adekvátních slov do dvojice, pojmenovat. Klient má tedy v první řadě slova významově pochopit, poté spojit vhodnou dvojici (spojuje tužkou a vytvoří souvislou čáru) a na konci zdůvodnit, proč spojil do dvojice konkrétní slova. Cvičení se váže ke konkrétní oblasti slovní zásoby, pro kterou jsou pracovní listy vytvořeny.

- Kategorie rozvíjí: porozumění, produkci, sémantický systém, myšlení, čtení, grafomotorické schopnosti.

#### **4. Pragmatika<sup>58</sup>**

- Tato kategorie má za úkol poskytnout klientovi nabídku často používaných frází, v konkrétních tematických situacích. Snažili jsme se o vytvoření takových frází, v našem případě jsou to převážně situační otázky, které by měli klientovi usnadnit orientaci v sociálním a komunikačním kontaktu. Fráze mají tedy podobu převážně dotazovacích. Toto cvičení považujeme za základní trénink tzv. konverzačního tréninku<sup>59</sup>. Cílem cvičení je nácvik situační konverzace s logopedem nebo osobou blízkou, s možností využít nabízené fráze tak, aby klient zvládl efektivněji funkčně komunikovat, klást dotazy a aby možné nabízené fráze, dotazování měl uložené ve svém sémantickém systému a v případě potřeby je zvládl efektivně aktivizovat.
- Kategorie rozvíjí: produkci, porozumění, myšlení, funkční řečovou komunikaci, čtení.

#### **5. Hra se slovy - Sémantika<sup>60</sup> (viz Příloha č. 8), gramatika<sup>61</sup>**

Cvičení v této kategorii jsme v praxi pojmenovali jako „hra se slovy“. Cvičení se zaměřuje převážně na slovní zásobu konkrétní tematické oblasti. Cvičení se skládají z různých dílčích úkolů. Dílčí úkoly, které jsme zahrnuli do našich pracovních listů, jsou následující:

---

<sup>58</sup> Praktické a účelné užívání řeči.

<sup>59</sup> O konverzačním tréninku se zmiňujeme v teoretické části práce.

<sup>60</sup> Nauka o významu slova.

<sup>61</sup> Mluvnice, soubor pravidel, kterými se řídí stavba slov, větných členů, vět apod.

- Čtení slova pozpátku. Písmena ve slově jsou uspořádána za sebou, ale v opačném pořadí. Klient má za úkol slovo poznat a přečíst, popřípadě přepsat v jeho obvyklé podobě – tedy napsat písmena ve správném pořadí. Další alternativou úkolu může být hra s písmeny ve slově, pokud klientovi předložíme dostatečně dlouhé slovo (složeno z 6 a více písmen). Cvičení pak může vést ke snaze vytvořit z nabízených písmen ve slově další slova (ve většině případů slova příbuzná nebo jednoslabičná). V elementárnější podobě můžeme klienta požádat, ať vyhledá ve slově konkrétní písmeno (slabiku) a pokusí se vytvořit co nejvíce slov na vyhledávané písmeno (slabiku). Klient tato slova může buď vyjmenovat, nebo napsat.
- Doplnění vynechaných písmen ve slově. Další dílčí cvičení v podkategorii „sémantika“ je zaměřeno mimo jiné na rozvoj lexie a grafie. Pracovní list klientovi předkládá nabídku slov. Slova však nejsou plně významová. Ve slovech jsou vynechána některá písmena tak, aby klient po analýze zbylých písmen a analýze slova jako celku, byl schopen slovo o chybějící písmeno/písmena správně doplnit. Slova se vztahují k slovní zásobě tematické oblasti. Cvičení může být dále rozšířeno o nespočet dílčích úkolů. Jmenujeme například vymýšlení a zapisování slov ze stejné kategorie, do které spadá procvičované slovo. Charakterizovat konkrétní slovo, slovo zapojit do věty apod.
- Ve třetím dílčím úkolu se zaměřujeme na identifikaci nesmyslných slov. Klientovi je předložena nabídka slov, která se na první pohled jeví jako nesmyslná. V našem případě se bude jednat o záměnu pořadí písmen či slabik v konkrétním slově, či záměna tupých sykavek za ostré, znělých hlásek za hlásky neznělé, záměna písmene „Y“ za „I“ a opačně. Klient se má pokusit přečíst předložené slovo a zkusit jej opravit do kodifikované formy. Klient buď takto správně opravené slovo vysloví, nebo jej napíše.
- V rámci kategorie „hra se slovy“ jsme do pracovních listů zahrnuli práci se synonymy, antonymy, homonymy<sup>62</sup>. Cvičení můžeme upravovat podle schopností klienta. Za nejzákladnější považujeme tvoření

---

<sup>62</sup> Slova stejného významu, opačného významu, slova s více významy.

synonym, antonym k nabízeným slovům. Práce opět probíhá pouze vyjmenováním, či možností slova graficky zaznamenat. Za složitější alternativu považujeme tvorbu sousloví z vymyšlených slov nebo zapojení slova do věty. Práce s homonymy je také již obtížnější činnost. Klientovi nabízíme slova, u kterých se má pokusit vymyslet aspoň jeden další (i více) význam, které slovo nese. Podle schopnosti klienta si dále o homonymech můžeme vyprávět a tak nenuceně přejít k funkčnímu dialogu o všedních věcech.

- Výše jmenovaná cvičení rozvíjí: porozumění, produkci, čtení, psaní, sémantický slovník, myšlení, funkční komunikaci.
- V pracovních listech jsme nechtěli zapomenout na práci zaměřenou na rozvoj klientových gramatických dovedností. V kapitole „teoretická východiska“, jsme se snažili jmenovat, jaká cvičení jsou vhodná zapojit u stimulování gramatických schopností klienta. Námi navrhované pracovní listy budou obsahovat následující gramatické kategorie:
  - Doplnění vhodných koncovek u přídavných jmen vztahujících se k podstatnému jménu.
  - Doplnění vhodného tvaru přivlastňovacího zájmena k podstatnému jménu.
  - Doplnění správného tvaru slovesa.
  - Tvoření oznamovací věty ze základního tvaru podstatného jména, slovesa.
  - Tvoření otázky z nabízených slov.
  - Tvorba slov na principu: ze slovesa podstatné jméno a opačně. Z přídavného jména podstatné jméno nebo naopak.
  - Cvičení rozvíjí: sémantický systém, myšlení, čtení, psaní, gramatické schopnosti. Úkoly zahrnují slovní zásobu nejen z konkrétní tematické oblasti, ale také využívá slova běžně užívaná.

## **6. Dokončování vět**

- Klientovi jsou předkládány nedokončené věty. Věty jsou svým obsahem zaměřené tak, aby korespondovaly s procvičovaným tematickým celkem. Klient

má za úkol nedokončenou větu nahlas přečíst a dokončit vhodným slovem. Slovo také může do věty dopsat.

- Cvičení rozvíjí: porozumění, produkci, sémantický systém, čtení, psaní, myšlení.

## **7. Komplexní úkol (viz Příloha č. 9)**

- Na závěr práce s pracovními listy jsme zapojili komplexnější cvičení. Cvičení je, jak zadáním, tak i dobou věnovanou pro vypracování, nejnáročnější. Komplexní úkol se vztahuje k probírané tematické oblasti. Má za úkol komplexně klienta rozvíjet po všech stranách. Cvičení se zaměřuje na oblasti jako je paměť, produkce, porozumění, čtení, psaní, myšlení, orientace v textu, funkční komunikace – pragmatika atd.

## **9.3 Shrnutí využitelnosti navrženého terapeutického materiálu a doporučení pro speciálně pedagogickou praxi**

Námi navržené a vytvořené terapeutické materiály jsme v průběhu docházení do klubu OS ZÁŘE s klienty zkoušeli, využili při terapeutické péči. Na základě proběhlé práce nám klienti reflektovali, jak se jím s navrženými materiály pracovalo a zda by s nimi chtěli pracovat i v jiných setkáních v obměněné verzi. Nad terapeutickou péčí vedla supervizi klinická logopedka.

### **Práce s obrázkovými kartami**

Samotná práce s obrázkovými kartami byla přijata kladně. Klienti reflektovali, že postup práce je jasně, srozumitelně vysvětlen a samotné cvičení založené na spojování slovního pojmu a adekvátního obrázku není složitá práce. Některým klientům se líbila činnost spojení obrázku s pojmem pomocí dřevěného kolíčku. Jiní klienti preferovali možnost pouze přiložit daný pojem ke konkrétnímu obrázku bez možnosti využití připevnění v podobě kolíčku. Klient, kterému se tato činnost nelíbila, reflektoval, že má pravou – svou dominantní ruku, parietickou a tuto činnost nezvládne a jeho levá ruka nezvládne vykonat takto jemné motorické cvičení. Obrázkové karty, v podobě fotografií reálných předmětů, se klientům líbily, avšak některé obrázky mohly být zpracovány lépe, měli na mysli, aby byl předmět na fotografii zachycen jednodušší, více typickou formou. Práce s kartami, ve smyslu řazení pojmu k adekvátnímu obrázku, klienti shledali velmi jednoduchou a preferovali

by složitější práci. Složitější cvičení, které jsme dodatečně s kartami prováděli, bylo například pamětní cvičení, kdy jsme klientům vyložili na stůl určitý počet obrázkových karet, v jasně daném pořadí. Klienti měli za úkol si posloupnost obrázků zapamatovat. Po zamíchání karet pak karty měli nazpět seřadit podle původní posloupnosti. Tato práce se klientům líbila více, ačkoliv někteří měli při zapamatování si posloupnosti v podobě čtyř, pěti karet obtíže v následujícím správném seřazení.

### **Práce s dějovými kartami**

Práci s dějovými kartami klienti rádi vykonávali na začátku společného sezení. Cvičení jim pomohlo v rozmluvení se a navození tématu pro další možnou funkční komunikaci. Kladně hodnotili umístění hodinových ciferníků do jednotlivých karet. Argumentovali tím, že některé dějové karty, respektive posloupnost dějových karet, nebyla dostatečně jasná a ciferníky jim pomohli se v časové posloupnosti zorientovat a seřadit dějové karty ve správném pořadí. U dějových karet klienti reflektovali, že by ocenili větší formát fotografií, aby se byli schopni v obrázku lépe zorientovat. Další výtkou ze strany klientů bylo, že na některých kartách není situace jednoznačná a bylo by lepší kartu nahradit jinou, jednodušší a výstižnější. Globálně práci s dějovými kartami preferují, právě díky vytvoření možné další spontánní komunikace a obecně milému popovídání si o všedních věcech. Práci s kuličky, ve smyslu přiřazení věty k adekvátnímu obrázkovému ději, klienti hodnotí obdobně jako u práce s obrázkovými kartami.

### **Práce s dřevěnými písmenkovými kostkami**

Práci s kostkami klienti hodnotili různě. Někomu se práce s kostkami s variabilním využitím cvičení líbila. Jiní klienti práci hodnotili kladně jen částečně. Při lehčích cvičením typu najděte v kostkách konkrétní písmeno, slabiku, slovo, byly ohlasy pozitivní. Při složitějších činnostech, hledání slabik, slov podle daných pravidel již některým klientům dělalo obtíže činnost vykonat. Samostatné vymyšlení a poté hledání slov v uspořádaných kostkách někteří klienti nepreferovali vůbec. Manipulace s kostkami klientům nečinila problém. Někteří z klientů kostkami manipulovali, jiní pouze na kostky ukazovali, vše podle klientových individuálních schopností. U písmen na kostkách jsme zachovávali diakritiku. Při práci s klienty se nám však více osvědčilo diakritiku upozadit a neodlišovat písmena typu A-Á, C-Č, Z-Ž apod., z důvodu možnosti využít variabilnější písmena do slov.

### **Práce s pracovními listy**

Cvičení z pracovních listů jsme využívali v různém pořadí, podle individuálních schopností klienta. U našich klientů se nám osvědčily jak pracovní listy s jednodušším pracovním postupem (odpovídání na otázky pro aktivizaci sémantického systému), tak úkoly složitějšího typu (komplexní úkoly, správná formulace oznamovacích vět, otázek). Pokud jsme do sezení zařadili úkoly lehčího typu (doplňování vhodných slov do vět, kategorizace), tak jsme následně s klienty daný úkol dále rozvíjeli. Bylo to z důvodu, ať nemají pocit, že se s nimi cvičí takto banální činnost a především z důvodu toho, že sami klienti měli potřebu cvičení dále rozvíjet. Například u doplňování vět o vhodná slova klienti moc rádi začali spontánně hovořit o dalších věcech, činnostech, které jim věty ze cvičení asociovaly, takže tato cvičení pak přecházela volně na nácvik klientovy funkční komunikace. Cvičení složitějšího typu, tvoření oznamovací věty, otázky, klientům činilo potíže. Některým klientům jsme poskytovali pomoc celou dobu při vyřešení úkolů. Klienti nám poskytli po ukončení zpětnou vazbu, že některá spojení do vět, otázek byla velice složitá – především co se týkalo upravení slovesa do správného rodu, čísla, potažmo času. Pro nás to byla velmi užitečná reflexe a u tvorby obdobných cvičení se budeme snažit o zjednodušení těchto úkolů tak, aby cvičení klienti zvládli vypracovat bez dopomoci logopeda, terapeuta. Komplexní úkoly, které uzavírají nabídku pracovních listů, měli klienti nejraději. Reflektovali, že se jim líbila promyšlenost úkolů ve smyslu toho, že museli být velice pozorní, aby vykonali dílčí úkoly správně, mimo jiné se jim líbilo, že úkoly nebyly vůbec jednoduché a museli se hodně soustředit a přemýšlet u vypracovávání dílčích úkolů.

### **Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi**

Terapeutické materiály byly primárně navrženy pro klienty se zachovalou schopností rozumět. Mimo jiné byl materiál navrhován pro klienty v chronickém stádiu afázie, typu Brocovy afázie, transkortikální motorické, eventuálně anomické afázie. Terapeutický materiál je však možný v určitých obměnách využít i u dalších typů afázií, i s výraznou poruchou porozumění typu Wernickeho afázie, globální, transkortikální senzorická afázie a jiné. Například obrázkové karty, inspirované slovníkem pro afatiky od paní logopedky Truhlářové, můžeme velmi dobře využít právě u klientů s narušenou schopností rozumět, kdy obrázkové karty pomáhají klientovi porozumět základní slovní zásobě v dané tematické oblasti a rozvíjí klientovu slovní zásobu. Dřevěné písmenkové



kostky můžeme rovněž využít u klientů s afázií, kdy mají narušenou schopnost porozumění. Kostky mohou pomoci při obnově, znovuzískání schopností identifikovat písmena, slabiky, slova a poté obnovit schopnost číst a psát. Věřím, že postup návrhu a vytvoření pracovních listů, který jsem uváděla v předchozí kapitole, je dostatečně přehledný a mohl by pro zainteresované lidi, budoucí osoby pracující s klienty s afázií, sloužit jako návod, jakým způsobem v relativně krátkém čase vytvořit terapeutický materiál různých cvičení s různou obtížností.

Navržené a vytvořené terapeutické materiály byly mou prvotinou, díky získaným reflexím jsem se v mnohých věcech poučila a do budoucna již vím čemu se vyvarovat a co naopak mohu dále rozpracovávat. Práce s klienty na rekondičním pobytu a pravidelném setkávání se v klubu OS ZÁŘE pro mě byla nesmírně přínosná zkušenost. Mnohým věcem jsem se naučila, a to jak po stránce odborné, tak především lidské. Čas strávený s klienty byla zkušenost k nezaplacení. Vložila jsem do práce s klienty mnoho úsilí a energie, ale zpětná vazba, kterou jsem po terapeutických sezeních získala, mi ji vrátila mnohonásobně více. Za nejdůležitější a nejvíce přínosné především považuji to, že terapeutický materiál byl vytvořen s úmyslem rozvíjet funkční komunikaci, kterou se mi povedlo v mnohých situacích více než dobře rozvíjet. Byl nesmírně příjemný pocit, když klienti nejen, že plnili, vypracovávali zadaná cvičení, ale ke každému cvičení sami spontánně měli potřebu přidat něco ze svých zkušeností či zážitků, a tak se z mnohých terapeutických sezení stalo přátelské povídání a těšení se na další společnou práci.

## 10 Závěr

Práce se snažila teoreticky shromáždit nejdůležitější poznatky ze základních oblastí problematiky afázie. V první části práce jsme se seznámili s obecným uvedením do problematiky toho, jak chápat pojmy řeč, jazyk apod. Další části se již zabývaly okruhem základních odvětví afaziologie. Měli jsme snahu čtenáře seznámit se základním vymezením afázie, její etiologií a symptomatologií. V kapitole diagnostika jsme se snažili přiblížit možná diagnostická vyšetření. Chtěli jsme také upozornit na problematiku diferenciální diagnostiky, protože pro budoucí terapeutickou péči o klienty je nesmírně důležité znát teoretické poznatky a z nich vycházet jak při diagnostikování klienta, tak při následné terapeutické, logopedické péči. Velkou kapitolu jsme věnovali samotné terapii afázie. Čtenáře jsme seznámili s aktuálními přístupy k terapii, přiblížili jsme mu jednotlivé postupy tak, aby mohly čtenáře inspirovat při vlastní terapeutické činnosti s klienty. V neposlední řadě jsme zahrnuli do první části práce podkapitoly, které se věnují osobnosti terapeuta, samotným terapeutickým materiálům a organizacím, které nabízejí odbornou pomoc afatikům.

Druhá část práce se věnovala problematice, ze které jsme vycházeli při navrhování terapeutických materiálů. Kapitola o Bostonské klasifikaci se snažila čtenáři přinést podrobnější seznámení s jednotlivými typy afázie. Další kapitola byla věnována východiskům, o která jsme se opírali při navrhování terapeutických materiálů. Samotná kapitola návrh terapeutických materiálů pro klienty s diagnózou afázie čtenáři přiblížila postup práce, jednotlivé navržené terapeutické materiály a popis možného postupu práce s konkrétními materiály.

Hlavní cíl praktické části diplomové práce jsme naplnili, z předem nastudovaných odborných zdrojů jsme navrhli terapeutické materiály pro klienty s diagnózou afázie. Během samotného procesu navrhování jsme se opírali o ověřená, v praxi používaná východiska. Dílčí cíle byly také naplněny. První dílčí cíl – vytvoření navrhovaného terapeutického materiálu, jsme naplnili a v příloze představujeme námi navržené a vytvořené terapeutické materiály. Druhý dílčí cíl, terapeutický materiál ověřit při přímé logopedické, terapeutické péči v klubu OS ZÁŘE, sdružení osob s poruchami hybnosti, jsme uskutečňovali v průběhu pravidelného docházení do klubu. Díky účastníkům klubu, supervizí klinické logopedky a jejich zpětné vazbě, jsme si navržené

terapeutické materiály v průběhu docházení do klubu mohli upravit podle potřeb klientů. O navržené materiály se budeme opírat při terapeutické činnosti s klienty na budoucím rekondičním pobytu OS ZÁŘE, které nadále budeme rozpracovávat a tvořit dle potřeb klientely.

Psaní diplomové práce o problematice afázie pro mě bylo velmi dobrou zkušeností. Díky teoretickým poznatkům jsme se mohli podrobněji seznámit s podobou logopedie – afaziologií, která v nás vyvolala potřebu pomoci lidem po cévní mozkové příhodě, popřípadě jiného onemocnění, kdy je osobě následně diagnostikovaná afázie. Terapeutickou péčí o tyto osoby považujeme za nesmírně důležitou, protože pomáhá klientům překonat nebo alespoň zmírnit narušenou komunikační schopnost. Důležitým cílem komplexní péče je také znovu zapojení člověka do společnosti a rozvíjení funkční komunikace, ačkoliv se osoba potýká s handicapem v podobě afázie. Aktuální trend ve společnosti nám ukazuje, že populace bude do budoucna stále více stárnout. Medicína neustále postupuje vpřed, vyvíjí efektivnější způsoby, jak zachraňovat lidi po cévních mozkových příhodách. Z toho můžeme do budoucna usoudit, že bude přibývat klientů, kteří budou potřebovat péči logopedů orientovaných v oblasti afázií. Přejeme si, aby problematika afázií vstoupila do povědomí nejen odborné společnosti, kde je již nyní zastoupena, ale aby vstoupila do vědomí i širší, laické společnosti. Lidem po mozkové příhodě je věnována adekvátní péče po stránce zdravotnické, rehabilitační. Logopedická péče však může být někdy upozaděna a my si přejeme, aby se tak nestávalo a aby logopedi a blízcí afatiků měli snahu klientům s afázií pomáhat a především nevzdávat péči zabývající se rozvojem funkčních komunikačních schopností.

## 11 Seznam použitých informačních zdrojů

BASSO, Anna. *Aphasia and its therapy*. New York: Oxford University Press, 2003. ISBN 0-19-513587-3.

BASSO, Anna. Aphasia Therapy or The importance of being earnest. *Aphasiology*. 2001, roč. 15, č. 4, s. 307-332.

BASSO, Anna. How intensive/prolonged should an intensive/prolonged treatment be?. *Aphasiology*. 2005, roč. 19, č. 10, s. 975-984.

CARLOMAGNO, Sergio. Recovery from moderate aphasia in the first year poststroke: Effect of type of therapy. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2001, roč. 82, č. 8, s. 1073-1080.

CASTILLO-MORALES, Rodolfo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Vyd. 1. Překlad Eva Matějčková. Praha: Portál, 2006, 183 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7105-0.

CSÉFALVAY, Zsolt a Pavol TRAUBNER. *Afaziológia: pre klinickú prax*. 1.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1996, 207 s. Efeta, 4. ISBN 80-217-0377-6.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta ČERMÁKOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: Manuál*. Brno, Velké Losiny, Bratislava: Asociace klinických logopedů České republiky, 2002.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta ČERMÁKOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: Postupy při obnovování grafomotorických dovedností*. Brno, Velké Losiny, Bratislava: Asociace klinických logopedů České republiky, 2002.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta ČERMÁKOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: Techniky sémantické facilitace*. Brno, Velké Losiny, Bratislava: Asociace klinických logopedů České republiky, 2002.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta ČERMÁKOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: Terapeutické materiály: obrázky, slova, abeceda, schémata*. Brno, Velké Losiny, Bratislava: Asociace klinických logopedů České republiky, 2002.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta ČERMÁKOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: Terapeutické postupy při agrafii*. Brno, Velké Losiny, Bratislava: Asociace klinických logopedů České republiky, 2002.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta ČERMÁKOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: Terapeutické postupy při alexii*. Brno, Velké Losiny, Bratislava: Asociace klinických logopedů České republiky, 2002.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta ČERMÁKOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: Terapeutické postupy při poruchách porozumění mluvené řeči*. Brno, Velké Losiny, Bratislava: Asociace klinických logopedů České republiky, 2002.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta ČERMÁKOVÁ. *Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie: Terapeutické postupy při poruchách produkce řeči*. Brno, Velké Losiny, Bratislava: Asociace klinických logopedů České republiky, 2002.

CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 228 s. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Zsolt. Pragmatické přístupy v intervencii afázie. *Diagnostika a terapie poruch komunikace*, 2000, Roč. 3, č. 4, s. 3-10. ISSN: 1212-1053.

CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2007, 175 s. ISBN 978-807-3673-161.

CSÉFALVAY, Zsolt, Milena KOŠTÁLOVÁ a Marta ČERMÁKOVÁ. *Vyšetření fatických funkcí (obrázky a texty)*. Brno, Velké Losiny, Bratislava: Asociace klinických logopedů České republiky, 2002.

DUCHAN, Judith F. a Sally BYNG. *Challenging Aphasia Therapies: Broadening the Discourse and Extending the Boundaries*. Hove: Psychology Press, 2004. ISBN 9780203689325.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 2. upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001, 223 s. Logopaedia clinica. ISBN 8090253628.

HÁLA, Bohuslav a Miloš SOVÁK. *Hlas, řeč, sluch: základy fonetiky a logopedie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1962. ISBN 16-901-62.

HRNČIAROVÁ, Anna. *Afázia: diagnostika, klasifikácia, terapia : neuropsychologická škola Alexandra Romanoviča Luriju*. 1. vyd. Bratislava: Kalligram, 2010, 144 s., xxxi s. obr. příl. Učebnice Kalligramu. ISBN 9788081013348.

CHAPEY, Roberta. *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, c2008, xvii, 1091 p. ISBN 9780781769815.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovateľskej praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.

KIML, Josef. *Afasie a reedukace řeči*. 1. vyd. Praha: SZdN.t. Tisk 3, Český Těšín, 1969, p. cm.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 228 s. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

KONŮPKOVÁ, Zuzana, ASOCIACE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ A OBČANSKÉ SDRUŽENÍ KLUB AFASIE. *Pracovní listy pro reedukaci afázie II*. Praha: Powerprint, 2013.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 228 s. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

KULIŠŤÁK, Petr. *Afázie*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 1997, 229 s. ISBN 80-858-7538-1.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2003, 359 s. ISBN 8071788015.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2005, 386 s. ISBN 80-717-8961-5.

LOVE, Russell J. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

MIMROVÁ, Milada. *Afázie: soubor cvičných textů pro reedukaci afázie*. Praha: Triton, 1998, ca 50 s. ISBN 80-858-7581-0.

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozš. vyd., v Akademii vyd. 1., (1. vyd. v nakl. Vodnář, 1995, pod názvem Lexikon psychologie). Praha: Academia, 1997, 437 s. ISBN 8020006257.

NEUBAUER, Karel. A KOL. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých: Diagnostika a terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159.

OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.

PAPATHANASIOU, Ilias, Patrick COPPENS a Constantin POTAGAS. *Aphasia: and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett learning, 2013. ISBN 978-0-7637-7100-3.

PAPATHANASIOU, Ilias a Ria DE BLESER. *The sciences of aphasia: from therapy to theory*. 1. vydání. Bingley : Emerald: Pergamon, 2003. ISBN 978-0-08-044073-6.

SOVÁK, Miloš. A KOL. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. / pod vedením Ludvíka Edelsbergera. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. 2. aktualiz. vyd. Překlad Eva Matějčková. Praha: Portál, 2007, 615 s., viii s. barev. obr. příl. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-807-3673-406.

TRUHLÁŘOVÁ, Marie. *Obrázkový slovník pro afatiky*. 3. nově ilustrované vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1984. ISBN 08-076-84.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, 444 s. ISBN 80-717-8214-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VYGOTSKIJ, L. S. *Myšlení a řeč*. Vydání 2. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1976. ISBN 14-143-76.

## Elektronické zdroje

Aphasia. *American Speech-Language-Hearing association* [online]. 2014 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/Aphasia/>

Dospělí a senioři - Aktivita. *Občanské sdružení LOGO* [online]. 2013 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.oslogo.cz/pomahame/dospeli-a-seniori/aktivita/>

Klub. *Občanské sdružení KLUB AFASIE* [online]. 2013 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: [http://www.klubafasie.com/index.php?option=com\\_content&view=section&layout=blog&id=5&Itemid=22](http://www.klubafasie.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=5&Itemid=22)

KOŠŤÁLOVÁ, Milena. Screening afázie: MASTcz: MASTcz: česká verze The Mississippi Aphasia Screening Test (MAST). *Fakultní nemocnice Brno: žijeme pro vaši zdraví* [online]. 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>

OS LOGO pomáhá osobám s poruchou komunikace a hybnosti. *Občanské sdružení LOGO* [online]. 2013 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.oslogo.cz/aktuality/os-logo-pomaha-osobam-s-poruchou-komunikace-a-hybnosti.html>

Programy Mentio. *Počítačové programy Mentio: výukový software pro děti a dospělé se speciálními potřebami* [online]. 2014 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <https://www.mentio.cz/mentio/index.htm>

Rehabilitačně - rekondiční program. *CEREBRUM: Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin* [online]. 2014 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/rehabilitacne-rekondicni-program/>

Rekondiční pobyty. *OBCANSKÉ SDRUŽENÍ ZÁŘE: Sdružení osob s poruchami hybnosti* [online]. 2014 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://oszare.sweb.cz/pobyty.htm>

REKONDIČNÍ POBYTY. *Sdružení CMP* [online]. 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.sdruzenicmp.cz/kdo-jsme/rekondicni-pobyty>

Skupinová terapie pro klienty s Dg. Afázie. *Soukromá klinika LOGO s.r.o.* [online]. 2013 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.moje-klinika.cz/skupinova-terapie-pro-klienty-s-dg-afazie>



Symwriter. *SPC pro děti s vadami řeči* [online]. 2014 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-symwriter-29>

Jan ŠIŠKA a Julie BEADLE-BROWN. Developments in Deinstitutionalization and Community Living in the Czech Republic. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* [online]. 2011, s. 125-133 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: [https://www.academia.edu/2433862/Developments\\_in\\_Deinstitutionalization\\_and\\_Community\\_Living\\_in\\_the\\_Czech\\_Republic](https://www.academia.edu/2433862/Developments_in_Deinstitutionalization_and_Community_Living_in_the_Czech_Republic)

## **12 Seznam obrázků a tabulek**

Obrázek č. 1 - Model jazykových procesů, s. 31

Obrázek č. 2 - Klasifikace a základní vyšetřovací algoritmus afázií, s. 58

Tabulka č. 1 – Harmonogram diplomové práce, s. 67

Tabulka č. 2 – Schéma přípravy pracovních listů, s. 72

## **13 Seznam použitých zkratk**

Apod.	A podobně.
Atd.	A tak dále.
CMP	Cévní mozková příhoda.
CNS	Centrální nervový systém.
Č.	Číslo.
KN	Kognitivní neuropsychologie.
Kol.	Kolektiv.
Např.	Například.
OS	Občanské sdružení.
S.	Strana.
ZNPŘK	Získané neurogenní poruchy řečové komunikace.

## **14 Seznam příloh**

Příloha č. 1 – obrázkové karty

Příloha č. 2 – obrázkové karty

Příloha č. 3 – dějové karty

Příloha č. 4 – dřevěné písmenkové kostky

Příloha č. 5 – pracovní list: stimulace sémantického systému

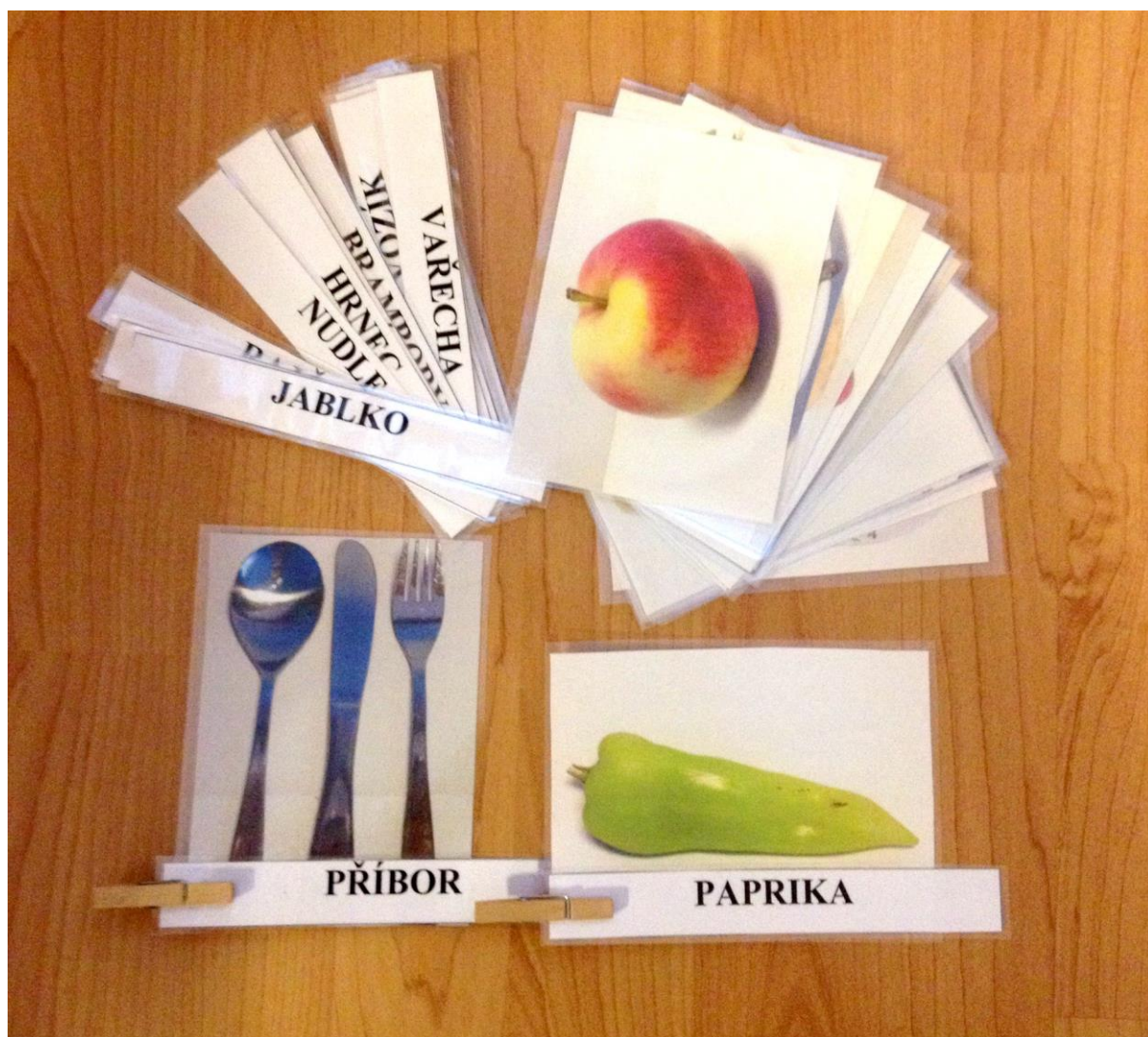
Příloha č. 6 – pracovní list: kategorizace

Příloha č. 7 – pracovní list: asociace

Příloha č. 8 – pracovní list: hra se slovy (sémantika)

Příloha č. 9 – pracovní list: komplexní úkol

**Příloha č. 1 – obrázkové karty**



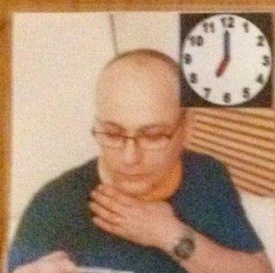


**Příloha č. 2 – obrázkové karty**





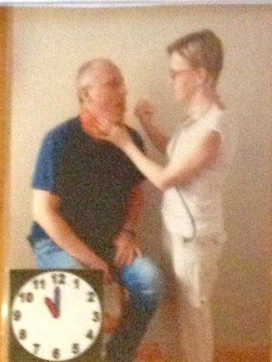
Příloha č. 3 – dějové karty



Muže bolí v krku a má  
teplotu.



Muž cestuje k lékaři.

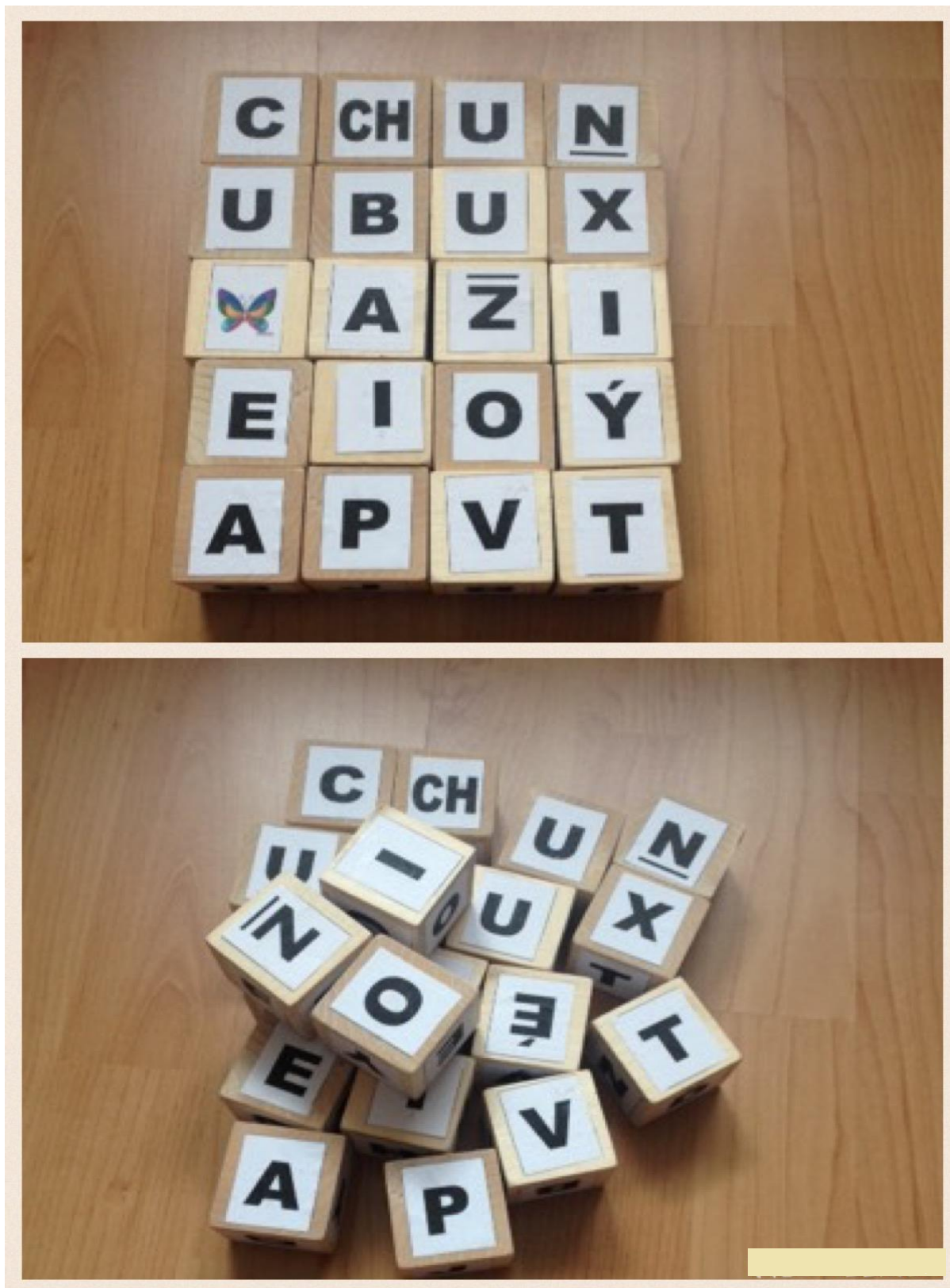


Lékařka léčí muže.



Muž jde do lékárny pro léky.

Příloha č. 4 – dřevěné písmenkové kostky



**Příloha č. 5 – pracovní list: stimulace sémantického systému**

**Stimulace sémantického systému**

*Otázky:*

Jaké potraviny nejčastěji snídáme?

Z jakých jednotlivých jídel se skládá oběd, pořadí jídel?

V čem vaříme polévku?

Na čem vaříme polévku?

Co potřebujeme na míchání polévky?

Čím krájíme jídlo?

Čím jíme polévku?

Čím napichujeme jídlo?

Jak se říká jídlu, které jíme k večeři?

V jakém pokoji se vaří?

Z čeho jídlo jíme?

Co uděláme se špinavým nádobím?

Kam pokládám vybrané potraviny, když nakupuji?

Kde v obchodě platím?



**Příloha č. 6 – pracovní list: kategorizace**

**Kategorizace**

*Nabízená slova:*

rýma, bolest hlavy, teplota, kapky do očí, náplast, brýle, ORL lékař, oční lékař, auto zlomenina, řezná rána, kapky do nosu, vitamíny, naslouchadlo, zubař, kardiolog, autobus, tramvaj, jízdní řád, chřipka, bolest břicha, paralen, vyvrtnutý kotník, jízdenky, migréna

**Kategorie, správně zařad'te a dál kategorii rozšiřte:**

NEMOCNICE A ÚRAZY:

LÉKAŘI A LÉKY:

DOPRAVNÍ PROSTŘEDKY A CESTOVÁNÍ:

**Příloha č. 7 – pracovní list: asociace**

**Asociace**

*Spojte do vhodných dvojic:*

Babička	Vysavač
Návštěva	Zvonek
Polštář	Dort
Zubní pasta	Dědeček
úklid	Zubní kartáček
narozeniny	Peřina

Vaření	manžel
Myčka	Strýc
Stlaní	Otec
Sako	Kuchyně
Teta	Postel
Matka	Kalhoty
manželka	nádobí

**Příloha č. 8 – pracovní list: hra se slovy (sémantika)**

**S - B. Doplňte chybějící písmeno.**

JAB\_KO

VEP\_OVÉ

OV\_CE

SAL\_M

POTRAV\_NA

\_AMPION

NAK\_POVÁ\_Í

SPOR\_K

PRO\_DAVAČ

H\_NEČEK

PEKA\_

DEZE\_T

POKL\_DNA

TROU\_A

ŘEZNIC\_VÍ

**S - C. Opravte chybu, chyby.**

PORŮVKA

KRUPIZE

ZMRSLINA

ŽLÍCE

PETRŠEL

PLODAVAČ

NÁDOBÝ

BŘÍBOR

VYDLYČKA

ŽAMPLION

BOKLADNA

KUŽECÍ

PEPŘOVÉ

PRAMPORY

LASÁM

**Příloha č. 9 – pracovní list: komplexní úkol**

**Komplexní úkol**

**Příprava palačinek – recept**

Na výrobu palačinek si připravte: 2 hrnečky mléka, 2 vejce, sůl, vanilkový cukr, 1 hrneček hladké mouky, olej na pečení.

Postup práce: Mléko důkladně rozšleháme s vejci, poté přidáme sůl, vanilkový cukr a mouku. Vše rozmícháme na hladké těstíčko. Rozehřátou pánev lehce potřeme olejem. Smažíme palačinky.

- 1. Přečtěte si text a snažte se mu porozumět.**
- 2. Zapamatujte si ingredience pro přípravu palačinek. Potřebné ingredience vypište do pracovního listu z druhé strany.**

*Zde napište potřebné suroviny k přípravě palačinek, podle přečteného receptu.*

**3. seřad'te věty do správného pořadí dle dříve přečteného textu.**

Rozehřátou pánev lehce potřeme olejem.

Mléko důkladně rozšleháme s vejci, poté přidáme sůl, vanilkový cukr a mouku.

Smažíme palačinky.

Vše rozmícháme na hladké těstíčko.